

# **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Theorie- und Begriffsgeschichte.**

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie

der Humanwissenschaftlichen Fakultät

der Universität zu Köln

nach der Promotionsordnung vom 18.12.2018

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Lars C.S. Hauten (\* 1970 in Berlin)

vorgelegt im

April 2020

Nach Überarbeitung erneut eingereicht im

Januar 2021

Erstgutachterin: Prof. Dr. Rosmarie Barwinski

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Lisa Malich

# Inhalt

<b>Vorbemerkung</b> .....	3
<b>Danksagung</b> .....	3
<b>Genderhinweis</b> .....	3
<b>Abkürzungen</b> .....	3
<b>1. Fragestellung und Untersuchungsziel</b> .....	5
1.1. Herleitung der Forschungsfrage.....	5
1.2. Methoden .....	9
1.3. Untersuchungsziel.....	14
1.4. Grenzen .....	15
<b>2. Geschichte von Psychologie und Psychotherapie</b> .....	16
<b>3. Psychoanalytische Wurzeln der TP</b> .....	19
<b>4. Entwicklung der Psychotherapie im Nationalsozialismus</b> .....	23
4.1. „Integration“ von Theorien .....	24
4.2. Integration von Behandlerinnen und Behandlern .....	28
<b>5. Einführung der TP als Richtlinienverfahren</b> .....	32
5.1. Psychotherapie-Richtlinie.....	36
5.2. Begriff „Tiefenpsychologie“ .....	45
5.3. Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ .....	51
<b>6. Konsolidierung der TP durch das Psychotherapeutengesetz</b> .....	56
6.1. Konkretisierung der TP.....	58
6.2. Berufsgruppenentwicklung in der TP .....	60
<b>7. Sortierung des Feldes im 21. Jahrhundert</b> .....	61
7.1. Psychoanalytisches Kontinuum.....	64
7.2. Berufspolitische Hintergründe.....	67
7.3. Neuvorschlag: Psychotherapeutisches Kontinuum .....	69
7.4. TP als Breitbandtherapeutikum.....	74
<b>8. Inhaltliche und begriffliche Neubestimmung der TP</b> .....	81
8.1. Begriffliches Verhältnis von PDP und TP .....	81
8.2. Neuvorschlag: Begriffsmodernisierung.....	83
8.3. Abgrenzung von TP und AP .....	87
<b>9. Beantwortung der Forschungsfrage</b> .....	92
<b>10. Fazit und Ausblick</b> .....	93
<b>11. Literatur</b> .....	97

### ***Vorbemerkung***

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im Mai 2021 angenommen.

### ***Danksagung***

Mein erster Dank gilt meinen Patientinnen und Patienten, die mir tagtäglich zeigen, wie tiefenpsychologische Psychotherapie *nicht* geht und wie sie funktionieren *könnte*. Gemeinsam finden wir heraus, was das denn eigentlich sein soll, dieses „Tiefendingsda“.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Rosmarie Barwinski und Prof. Lisa Malich, meinen Doktormüttern. Ich bin sehr dankbar für die vorzügliche Betreuung und das große Vertrauen in Form einer langen Leine.

Prof. Gerd Rudolf verdanke ich den richtigen Motivationssatz zum rechten Moment. Prof. Ulrich Rüger danke ich für entscheidende Hinweise an Weggabelungen im historischen Wald. Prof. Ingo Jungclaussen danke ich für unser beständiges theoretisches Ping und Pong.

Dr. Regine Locket und Dr. Steffen Dörre haben an ganz entscheidenden Stellen mitgeholfen, Licht ins Dunkel zu bringen. Ohne ihre Hilfsbereitschaft wäre es mir nicht möglich gewesen, die Entstehungsgeschichte der TP nachzuvollziehen. Ich danke für das großzügig zur Verfügung gestellte Material.

Ein ganz besonderer Dank gilt Dr. Michaela Levermann, durch deren hervorragendes Lektorat diese Arbeit überhaupt erst in die Nähe eines wissenschaftlichen Textes gerückt ist.

Meinen Kandidat\*innen und Kolleg\*innen vom ppt-Institut gilt ebenfalls ein besonderer Dank. In der Supervision, in den Fachgruppengesprächen, in der Kasuistik versuchen wir unermüdlich auszutüfteln, was das denn eigentlich sein soll, die Psychotherapie.

### ***Genderhinweis***

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an den Vorschlägen für gendersensible Sprache der Gleichstellungsbeauftragten der Universität zu Köln <sup>1</sup>.

### ***Abkürzungen***

Folgende Abkürzungen werden im Text verwendet:

*Psychotherapieverfahren:*

AP= Analytische Psychotherapie

HP= Humanistische Psychotherapie

PA= Psychoanalyse

PDP= Psychodynamische Psychotherapie

ST= Systemische Therapie

TP= Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / tiefenpsychologische Psychotherapie

VT= Verhaltenstherapie

---

<sup>1</sup> [https://gb.uni-koeln.de/gendersensible\\_sprache/index\\_ger.html](https://gb.uni-koeln.de/gendersensible_sprache/index_ger.html)

### *Institutionen und Verbände:*

AÄGP= Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie  
BAK= Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Vorläufer des G-BA)  
BÄK= Bundesärztekammer  
BMA= Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung  
BMG= Bundesgesundheitsministerium  
BPtK= Bundespsychotherapeutenkammer  
DFT= Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie /  
Psychodynamische Psychotherapie  
DGPM= Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie  
DGPN= Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (Vorläufer DGPPN)  
DGPPN= Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und  
Nervenheilkunde  
DGPT= Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und  
Tiefenpsychologie  
DPG= Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft  
DPV= Deutsche Psychoanalytische Vereinigung  
G-BA= Gemeinsamer Bundesausschuss  
GKV-Spitzenverband= Spitzenverband Bund der Krankenkassen  
IPV= Internationale Psychoanalytische Vereinigung  
KBV= Kassenärztliche Bundesvereinigung  
SpiK= Spitzenverbände der Krankenkassen  
WBP= Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

### *Sonstige Kürzel:*

Adgo= Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte  
E-Adgo= Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (Ersatzkassen)  
GKV= gesetzliche Krankenversicherung  
GOÄ= Gebührenordnung für Ärzte  
HPG= Heilpraktikergesetz  
LH= Anmerkungen des Autors  
o. D. = ohne Datum  
pers. Mitt. = persönliche Mitteilung  
PiA= Psychotherapeut/in in Ausbildung (gem. PsychThG 1998)  
PiW= Psychotherapeut/in in Weiterbildung (gem. PsychThG 2019)  
PsychThG= Psychotherapeutengesetz (1998)  
PsychThGAusbRefG= Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (2019)  
PTRL= Psychotherapie-Richtlinien (1967-2008); Psychotherapie-Richtlinie (seit 2009)  
RCT= randomized controlled trial=randomisierte kontrollierte Studie  
RLPT= Richtlinien-Psychotherapie

# **1. Fragestellung und Untersuchungsziel**

## **1.1. Herleitung der Forschungsfrage**

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit erscheint auf den ersten Blick banal:

*Was ist „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ (TP)?*

Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist in Deutschland auf die Anwendung bestimmter Verfahren beschränkt. Diese Form der Verfahrensdefinition gibt es so nur innerhalb des deutschen Krankenkassensystems (vgl. WBP 2010).

Psychotherapeutische Leistungen dürfen nur dann zu Lasten der Krankenkassen angewandt werden, wenn sie im Bezugsrahmen der zugelassenen Verfahren erbracht wurden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Gremium der Selbstverwaltung legt eine Psychotherapie-Richtlinie (PTRL) fest<sup>2</sup>, in welcher die sozialrechtliche Abrechnungsfähigkeit psychotherapeutischer Tätigkeit definiert wird.

Die Definition der TP lautet in dieser Richtlinie:

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.“  
(G-BA, 2020, S. 12)

Die Psychotherapie-Richtlinie ist zwar kein Gesetz (sondern eine untergesetzliche Norm), sie hat aber (wie Gesetze) einen Kommentar, welcher die Auslegung in der Praxis unterstützt: Den „Faber/Haarstrick-Kommentar“<sup>3</sup>. Dort wird die obige Definition ergänzt und ein direkter Bezug zu Psychoanalyse (PA) und Analytischer Psychotherapie (AP) hergestellt:

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist ein psychoanalytisch begründetes Verfahren, das sich von der analytischen Psychotherapie vor allem hinsichtlich Zielsetzung, Setting und Behandlungsdichte unterscheidet. Dazu gehören auch Unterschiede im Umgang mit therapeutischer Beziehung, Regression und Übertragung. Es gelten die psychoanalytischen Grundannahmen über unbewusste intrapsychische und interpersonelle Dynamik.“  
(Dieckmann et al., 2018, S.36)

Mit diesen beiden Definitionen ist die TP in konzeptioneller Hinsicht skizziert: Sie bedient sich (wie die analytische Psychotherapie) in theoretischer Hinsicht „psychoanalytischer“

---

<sup>2</sup> Der Begriff wurde von 1967 bis 2008 im Plural verwendet (Psychotherapie-Richtlinien). Seit 2009 steht die PTRL im Singular (Psychotherapie-Richtlinie).

<sup>3</sup> Der „Faber/Haarstrick-Kommentar“ ist das relevante Erläuterungs- und Entwicklungswerk zu den Psychotherapierichtlinien. Er wird bis heute unter dem Namen der Erstautoren geführt, die maßgeblich an der Entwicklung und Einführung der PTRL beteiligt waren. Für die Kommentargeschichte ist anzumerken, dass der Kommentar erstmals 1989 in Buchform erschien. Vorherige Erläuterungsschriften wurden im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Die erste Kommentarschrift bestand aus zwei Teilen: Kohlhausen (1967a) und Faber (1968). Zur Geschichte und zur Wirkung des „Faber/Haarstrick-Kommentars“ vgl. Jungclaussen & Hauten, 2019.

Grundannahmen, lässt sich aber vor allem in formaler Hinsicht von sowohl Psychoanalyse als auch analytischer Psychotherapie abgrenzen.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es verschiedene zugelassene Psychotherapie-Ansätze, die Richtlinienverfahren. Daher lässt sich die „Geburtsstunde“ der TP historisch eindeutig verorten.

1967 wurden die ersten Psychotherapie-Richtlinien beschlossen, in der die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) sowie die Analytische Psychotherapie (AP) als Verfahren eingeführt wurden.

1987 wurde die Verhaltenstherapie (VT) als drittes Richtlinienverfahren eingeführt. In diesem Zuge wurden AP und TP unter dem Oberbegriff „psychoanalytisch begründete Verfahren“ zusammengefasst (vgl. BAK, 1987, S.2399).

2019 wurde die Systemische Therapie (ST) als viertes Verfahren zugelassen<sup>4</sup> (vgl. G-BA, 2020, S.1).

Insofern wäre die Forschungsfrage sehr schnell zu beantworten:

*Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist eines von vier Psychotherapie-Verfahren, welche im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie zur Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.*

Die Versorgungsrelevanz der TP lässt sich ebenfalls darstellen. Rudolf (2019, S. 3) gibt folgende Verteilungen der Versorgungsanteile an: VT=50%, TP=45%, AP=5%. Rüger (2020, S.16) zählt VT=50%, TP=47,5%, AP=2,5%.

Die Forschungsfrage (Was ist TP?) kann entsprechend ausgedehnt und beantwortet werden (Welche Bedeutung hat die TP in der Versorgung?):

*Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist nach der Verhaltenstherapie das am zweithäufigsten angewandte Psychotherapieverfahren im System der GKV.*

Beantwortet wäre damit aber nur der Teil der Forschungsfrage, welcher sich auf eine Verortung der TP im Kassensystem bezieht. Eine inhaltliche Klärung, was die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie denn nun eigentlich ist, wäre damit noch nicht vollzogen. Dazu soll eine historisch-deskriptive Untersuchung durchgeführt werden.

Die Frage „Was ist Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie?“ enthält also auf den zweiten Blick (mindestens) zwei Dimensionen:

- Was bedeutet „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ als Konzept?
- Wie und warum ist dieses Therapieverfahren eingeführt worden?

Die Forschungsfrage wird dadurch komplexer:

---

<sup>4</sup> Es liegen zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Dissertation noch keine praktischen Erfahrungen mit der ST in der Regelversorgung vor, so dass im weiteren Verlauf der Arbeit vornehmlich auf die drei etablierten Verfahren AP, VT und TP Bezug genommen wird.

- a) Was ist Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie?
- b) Warum gibt es sie?
- c) Woher kommt sie?
- d) Wie hat sie sich in 50 Jahren<sup>5</sup> seit ihrer Einführung entwickelt?

Ihrer großen Verbreitung und damit ihrer großen Bedeutung für die psychotherapeutische Versorgung zum Trotz gibt es vergleichsweise wenig Theorie zur TP. Veröffentlichungen dazu, wie sich die TP von anderen psychoanalytisch begründeten Verfahren methodisch unterscheidet, gibt es wenig, eine eigenständige TP-Theorie im Sinne einer Metapsychologie beinahe gar nicht.

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass es „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ in ihrer durch die Psychotherapie-Richtlinien definierten Form ausschließlich in Deutschland gibt, was den Publikationsumfang zwangsläufig einschränkt (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Systemische Therapie werden auch in internationalen Publikationen behandelt).

Aber auch in Deutschland ist der Publikationsumfang eher gering. Im Editorial der ersten Ausgabe der Zeitschrift „PDP – Die Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ von 2002 ist zu lesen:

„Die theoretische Fundierung und Begriffsbestimmung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als eigenständiges Verfahren wurden nicht im selben Ausmaß vorangetrieben wie sich deren Anwendungspraxis entwickelt hat, und für die kontinuierliche Darstellung und kritische Reflexion ihrer therapeutischen Praxis fehlte bislang ein eigenes Forum.“  
(Freyberger, Loew & Richter, 2002, S.3).

Es gab also erst 35 Jahre nach der Einführung des Verfahrens durch die Gründung dieser Zeitschrift einen Ort, der sich explizit der theoretischen Reflektion der TP widmete. Die „PDP“ (als Verbandszeitschrift der „Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT)“) ist seither das einzige Publikationsorgan geblieben, welches sich ausdrücklich auf die TP bezieht. Das obige Zitat weist dieser Zeitschrift den Zweck zu, die „theoretische Fundierung“ der TP gewissermaßen nachholend herzustellen.

Im Bereich der Lehrbücher ist festzustellen, dass alle Lehrbücher, die psychodynamische Psychotherapie behandeln, auch Kapitel zur TP beinhalten (z.B. Gumz & Hörz-Sagstetter, 2018; Boll-Klatt & Kohrs, 2018a; Ermann, 2016; Benecke, 2014; Rudolf & Henningsen, 2013; Reimer & Rüger, 2012; Hohage, 2011).

Einzelpublikationen speziell zur TP gibt es eher wenige (z.B.: Rudolf, 2019a; Wöller & Kruse, 2018; Boll-Klatt & Kohrs, 2018b; Jaeggi & Riegels, 2018; Jaeggi et al., 2003).

Analysiert man die genannten Publikationen dahingehend, nach welchen Kriterien die TP theoretisch beschrieben wird, dann sind zwei Foki erkennbar:

- Indikationsbereich und

---

<sup>5</sup> Das Verfahren „tiefenpsychologisch **fundierte** Psychotherapie“ gibt es erst seit der Einführung der PTRL 1967. Daher ist der Untersuchungszeitraum für die TP im engeren Sinne von 1967 bis heute. Für im weiteren Sinne „psychoanalytische“ Verfahren (also aus der Psychoanalyse her abgeleitete Ansätze und Psychoanalyse im engeren Sinne) ist ein Entwicklungszeitraum seit etwa des Beginns des 20. Jahrhunderts anzusetzen.

- Behandlungstechnik.

Die theoretischen Publikationen zielen weitgehend darauf ab, die TP als Anwendungspraxis zu beschreiben, analysieren also eher auf der Ebene der Methodik als auf der Ebene der zugrundeliegenden Theorie<sup>6</sup>. Dies tun sie, indem die TP gegen die Analytische Psychotherapie und/oder die Psychoanalyse kontrastiert wird, in Teilen wird ein Bezug zu allgemeinen psychotherapeutischen Prozessen hergestellt. Behandelt werden in den Arbeiten vor allem Aspekte der Indikation und der Behandlungstechnik.

Dem gegenüber werden die Gegenstände

- Theoriegeschichte und
- Begriffsgeschichte

eher nachrangig abgehandelt. Als Ausnahme hierzu ist Rüger zu nennen, der in Einzelpublikationen die TP immer wieder auch historisch rahmt (z.B. Rüger, 2020, 2016, 2008, 2004, 2002, 1993).

Es entsteht der Eindruck, dass die „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ eingeführt wurde, ohne dass es zuvor oder bei ihrer Einführung eine konzeptionelle Definition des Verfahrens gab. Bemühungen, das Verfahren auch theoretisch zu beschreiben, setzen sehr viel später ein. Hinsichtlich der Theorie- und Begriffsgeschichte gibt es wenig Veröffentlichungen.

Die Forschungsfrage stellt sich indes nicht allein aus akademischen Gründen. Sie leitet sich auch ganz konkret aus Anforderungen der psychotherapeutischen Praxis her (G-BA, 2017). Im Rahmen der Anbahnung einer Psychotherapie werden die Patient\*innen über alle Behandlungsalternativen innerhalb und außerhalb der GKV regelhaft aufgeklärt. Das beinhaltet auch, den Hilfesuchenden einen Überblick über die zugelassenen Verfahren zu geben. In der Regel werden dabei „Psychoanalyse“ und „Verhaltenstherapie“ als erstes skizziert, da diese sich gut kontrastieren lassen: Die VT wird als störungsorientiert und zielfokussiert dargestellt, die AP vor allem prozessorientiert (das liegende Setting macht AP/PA gut identifizierbar). Die TP wird daraufhin meist als „zwischen“ diesen Polen angeordnet beschrieben. Eine wesentliche Beschreibung der Unterschiede zwischen den Verfahren liegt in der Benennung der jeweiligen Stundenkontingente<sup>7</sup>.

Diese Beschreibungen der Verfahren sind spätestens seit der Reform der PTRL systematisch Teil der psychotherapeutischen Regelversorgung, denn zu diesem Zeitpunkt wurde das Versorgungsangebot der „psychotherapeutischen Sprechstunde“ eingeführt<sup>8</sup>. Dabei können die beiden weiter oben genannten Definitionen der TP als verlässliche Grundlage angesehen werden für eine Beschreibung des gegenwärtigen Standes des Verfahrens. Denn der G-BA legt mit der Richtlinie fest, in welcher Form die TP anzuwenden ist, wenn sie als Leistung der GKV abgerechnet werden soll, und der „Faber/Haarstrick-Kommentar“ legt diese Beschreibungen für die Anwendungspraxis aus.

---

<sup>6</sup> Häufig wird dies damit begründet, dass die TP – ebenso wie die AP – auf der psychoanalytischen Grundlagentheorie aufbaut und daher keine eigene theoretische Fundierung benötigt (vgl. Rudolf, 2019; Hauten, 2018; Tenbrink, 2002).

<sup>7</sup> Siehe Fußnote 4: Zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Arbeit wird die ST noch eher selten in die Aufklärungsgespräche einbezogen. Vermutlich wird das Haupt-Beschreibungsmerkmal im Mehrpersonen-Setting liegen.

<sup>8</sup> Selbstverständlich haben auch vorher schon Psychotherapeut\*innen über Behandlungsmöglichkeiten und -alternativen aufgeklärt, aber die Systematisierung hiervon durch die Sprechstunde wurde erst 2017 vorgenommen.



Damit lässt sich sozusagen der „Schlusspunkt“ einer Entwicklung darstellen. Die Geschichte der TP seit ihrer Einführung 1967 ist damit jedoch noch nicht beschrieben. Die vorliegende Arbeit daher also die Geschichte der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als einem Teilgebiet der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland genauer untersuchen.

## **1.2. Methoden**

Diese historische Perspektive birgt jedoch methodische Schwierigkeiten. Wie in der Geschichtswissenschaft allgemein (vgl. Raphael, 2010; v.Brandt, 2003) kann es auch in der Psychologieschichte missverständlich oder sogar inadäquat sein, „Meilensteine“ festzulegen:

„Making a mark on the timeline of history and claiming that psychology exists after this mark but not before it is to misrepresent the intellectual continuity that shapes history“.

(Benjamin, 2007, S. 1)

Diese für die Psychologie allgemein ausgesprochene Mahnung könnte auch für die Geschichte der Psychotherapie, und innerhalb dieser Geschichte auch für diejenige der „Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ als gültig aufgefasst werden. Die Geschichte (der Psychologie, der Psychotherapie) ausschließlich an gesetzten „Meilensteinen“ festzumachen, lässt den Entwicklungskontext undeutlich bleiben. Das Jahr 1967 als „Punkt auf der Zeitachse“ zu setzen, nach dem es eine und vor dem es keine TP gab, würde noch nicht erklären, was seinerzeit mit „TP“ gemeint war, warum dieses Verfahren eingeführt wurde und wie es sich seitdem entwickelt hat.

Die vorliegende Arbeit folgt vor diesem Hintergrund keiner eindeutigen, einheitlichen Methodik. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die Untersuchung der Theorie- und Begriffsgeschichte verschiedene methodische Zugänge verlangt. Die Einführung der TP als Konzept soll historisch verstanden werden.

Was die Methodenauswahl für diesen Untersuchungsgegenstand anbelangt, waren recht unterschiedliche Ansätze denkbar.

Die TP ist per definitionem ein „psychoanalytisch begründetes Verfahren“ (BAK, 1987; Dieckmann, Dahm & Neher, 2018). Das hätte es nahegelegt, genuin psychoanalytische Forschungsmethoden anzuwenden.

Leuzinger-Bohleber und Fischmann (2006, S. 1355-86) strukturieren psychoanalytische Konzeptforschung in sieben Subtypen:

### **1. Clinical conceptual research**

In Studien dieser Art werden bestehende (meist bereits gut etablierte) psychoanalytische Konzepte daraufhin untersucht, inwieweit sie klinische Phänomene erklären können.

### **2. Conceptual research with highly theoretical ambitions**

Hier sollen theoretische Konzepte neu geschaffen oder bestehende neu integriert werden, um die Theoriebildung voranzutreiben.

### **3. Conceptual research focused on historical reflections**

Bei Studien dieser Art wird die Entwicklungsgeschichte psychoanalytischer Begriffe und Konzepte untersucht.

4. Conceptual research focused on psychoanalytical reconstructions of personal determinants in the development of a specific concept

In solchen Studien geht es um die persönliche intrapsychische Motivation der Theoretiker\*innen für die Entwicklung spezifischer psychoanalytischer Konzepte.

5. Empirically based conceptual research

Spezifische psychoanalytische Konzepte werden einer experimentellen/empirischen Prüfung unterzogen, um sie zu bestätigen oder zu verändern.

6. Interdisciplinary conceptual research

In Studien dieser Art sollen psychoanalytische Konzepte interdisziplinär vernetzt bzw. neue interdisziplinäre Konzepte entwickelt werden.

7. Conceptual research focused on the use of concepts by analysts

Hier wird die tatsächliche Verwendung von psychoanalytischen Konzepten in der klinischen Praxis untersucht.

Die Forschungsfrage geht jedoch in keiner dieser Kategorien auf. Da die TP als „psychoanalytisch begründetes Verfahren“ in Abgrenzung zur Psychoanalyse neu geschaffen wurde, wäre eigentlich zum Zeitpunkt ihrer Einführung eine Untersuchung der Subkategorie 2 angemessen gewesen. Die vorliegende Arbeit ist dafür jedoch 50 Jahre zu spät. Auch die Subkategorie 3 weist eher in die Richtung, Historisches psychoanalytisch zu erkunden, statt umgekehrt Psychoanalytisches historisch zu verstehen (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006, S. 1377). Die Geschichte der TP lässt sich also nicht ohne Weiteres mit psychoanalytischer Konzeptforschung untersuchen.

Lück (2009, S.18ff.) schlägt vor, auch für die Psychologiegeschichte allgemeine historische Forschungsmethoden anzuwenden. Er identifiziert vier verschiedene Modelle der Psychologiegeschichte:

1. Psychologiegeschichte als Geschichte großer Männer

Der „great man“-Ansatz wird als in der Psychologiegeschichte stark verankert dargestellt, jedoch auch kritisch diskutiert<sup>9</sup>.

2. Ideengeschichte

Bei diesem Ansatz wird die Geschichtsschreibung um eine kulturgeschichtliche Dimension erweitert. Zum Verständnis der Geschichte wird das Konzept des „Zeitgeistes“ eingeführt, welches jedoch aufgrund seiner konstitutionellen Vagheit auch problematisch ist.

3. Problemgeschichte

Im Unterschied zur Ideengeschichte wird die historische Abfolge hier nicht chronologisch gedacht, sondern Einzelfragen (=Probleme) werden in ihrer jeweiligen Entwicklung untersucht.

4. Sozialgeschichte

Den Begriff „Sozialgeschichte“ schätzt Lück als uneindeutig ein. Dennoch besteht bei Lück eine Präferenz, ihn auch auf die Psychologiegeschichte anzuwenden. Die verschiedenen Ansätze werden nicht als einander ausschließend dargestellt, wenngleich gegenüber dem „great man“-Ansatz eine hohe Skepsis formuliert wird. Es wird vorgeschlagen, die Psychologiegeschichte in einen Kontext zu stellen:

---

<sup>9</sup> Eine Tendenz, die auch in der allgemeinen Geschichtswissenschaften zu verzeichnen ist, vgl. Raphael, 2010.

„Die neuere Sozialgeschichte der Psychologie versteht sich als Gesellschaftsgeschichte einer Wissenschaftsdisziplin, die sich in Fragestellungen und Methoden von der Ideengeschichte dadurch abhebt, dass sie weit stärker die sozialen, insbesondere die gesellschaftlichen, politischen und institutionellen Bindungen und Bedingungen psychologischer Forschung herausstellt als die traditionelle Ideengeschichte. Die neuere Psychologiegeschichte lehnt nicht grundsätzlich ideen- oder problemgeschichtliche Betrachtungen der Disziplin als falsch ab.“

(Lück, 2009, S.22)

Diese Hinweise können so verstanden werden, dass für die Psychologiegeschichte ein breites Methodenarsenal zur Anwendung kommen sollte, um den weiteren Kontext von Entwicklungen im Fach historisch zu untersuchen.

Hinsichtlich der Forschungsmethoden zählt Lück (2009, S.23 ff.) folgende Elemente auf:

#### 1. Quellenstudium

Als Unterscheidungskriterium zwischen Primär- und Sekundärquelle wird die Nähe der Quelle zum Ereignis genannt. Der Erkenntniswert der Quellen muss dabei nicht unbedingt bei ihrer Erzeugung beabsichtigt worden sein. Es wird darauf hingewiesen, dass das erhaltene gebliebene Material nicht eine Zufallsstichprobe der Grundgesamtheit der Quellen darstellt. Die Hermeneutik als interpretierende Quellenuntersuchung wird als besonders bedeutsam herausgestellt.

#### 2. Archivnutzung

Archive, Museen und Ausstellungen werden als wertvolle Datenlieferanten dargestellt.

#### 3. Spurensuche

Nichtreaktive Messverfahren – also Untersuchungen, bei denen die Messung den zu messenden Gegenstand nicht beeinflusst – werden als Äquivalent zur Spurensuche in der allgemeinen Geschichtswissenschaft beschrieben.

#### 4. Oral History

Als „erlebte Geschichte“ werden Zeitzeug\*innenbefragungen bezeichnet. Dabei wird das Quellenmaterial durch die Untersuchung selbst erst generiert.

#### 5. Zeitreihenanalysen

Der Nutzen von mathematischen Untersuchungen für die Psychologiegeschichte besteht darin, dass sich durch Zeitreihenanalysen Trends in der Disziplin ablesen lassen (z.B. durch die Anzahl von Publikationen zu einem Thema).

Die von Lück zusammengetragenen methodischen Ansätze schließen einander nicht aus<sup>10</sup>. Es wird aber betont, dass für ein kontextualisiertes Geschichtsverständnis immer auch ein interpretierender Anteil notwendig ist.

Für die vorliegende doppelte Fragestellung: „Was ist Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als psychodynamisches Konzept und wie ist ihre Geschichte?“ wurden mehrere der oben beschriebenen Methoden angewandt.

Es wurde ein „mehrgleisiges“ Design bei der Quellensuche gewählt, indem Literatur aus dem Vorfeld der Einführung der TP ebenso gesichtet wurde wie aktuelle Quellen zur TP.

---

<sup>10</sup> Geuter (1984) sowie Lockot (2013) z.B. kombinieren Primärquellenauswertung und Zeitzeug\*innenbefragung.

Zunächst wurde abgeklärt, ob überhaupt eine relevante historische Fragestellung besteht: Ist die TP als Begriff und als Konzept zeitstabil? Ist mit „TP“ heute dasselbe gemeint wie bei der Einführung der TP 1967? Wenn das so wäre, dann bedürfte es keiner weiteren Untersuchung mehr. Die oben zitierte gegenwärtige Definition der TP könnte dann als umfassende Beschreibung dienen. Es wäre dann nur noch genauer herauszuarbeiten, was in konzeptioneller Hinsicht in diesem Begriff abgebildet sein soll.

Um dies zu klären, wurde der heutigen Definition der TP und ihrer Auslegung (G-BA, 2020; Diekmann, Dahm & Neher, 2018) die Definition der TP zum Zeitpunkt ihrer Einführung (BMA, 1967) gegenübergestellt. Die ersten Psychotherapie-Richtlinien beschreiben TP und AP wie folgt:

„Die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie ist dann eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und gehört zur kassenärztlichen Versorgung, wenn mit dieser Art der ärztlichen Behandlung allein oder neben anderer ärztlicher Behandlung Krankheiten im Sinne der RVO geheilt oder gebessert werden können. Dabei gelten die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung auch hinsichtlich ihres Umfanges.“

(BMA, 1967, S.499)

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie werden also *in einem Zuge* definiert. Es werden Leistungsvoraussetzungen und -begrenzungen beschrieben, welche für *beide* Verfahren gelten. Eine inhaltlich-konzeptionelle Abgrenzung der Verfahren TP und AP untereinander ist mit dieser Definition bei Einführung der TP nicht möglich (im Unterschied zu den heutigen Definitionen).

Auch die ersten Auslegungsschriften (die Vorstufen des Faber/Haarstrick-Kommentars) tragen nicht zur inhaltlichen Differenzierung bei:

„Wenn man die methodisch ziemlich fest umschriebene analytische Therapie nicht mit anderen Methoden, die bisher weniger präzise definiert sind, z. B. der analytischen Kurztherapie, unter einer Behandlungskategorie pauschal subsumieren wollte, mußte man eine zweite Kategorie aufstellen, bei der lediglich die tiefenpsychologische Fundierung ein unabdingbares Kriterium darstellt. Die Ergänzung der analytischen Psychotherapie im klassischen Sinne durch eine methodisch weniger festgelegte Behandlungskategorie wird vielleicht nicht nur für die Kassenpraxis, sondern für die Psychotherapie überhaupt eine förderliche Anregung sein, die den Tendenzen neuerer Veröffentlichungen entgegenkommen dürfte (Balint, Loch, Malan). Die Psychotherapie-Richtlinien wollen also von vornherein nicht auf eine therapeutische Methode, nämlich die klassische Analyse mit obligater Übertragungs- und Widerstandsanalyse und der Begünstigung einer Übertragungsneurose, festlegen, sondern die Möglichkeit offenhalten, neue und vielleicht für die Kassenpraxis angemessenere Verfahren zu entwickeln. Auch mit Rücksicht auf die Kindertherapie und Familientherapie war es notwendig, eine Behandlungskategorie zu schaffen, die den Therapeuten methodisch nicht zu sehr festlegt.“

(Faber, 1968, S. 29)

Mit Einführung der Psychotherapie-Richtlinien wurde eine methodisch offenere Behandlungskategorie geschaffen, die nur die „tiefenpsychologische Fundierung“ vorschreibt, ohne jedoch festzulegen, was das sein sollte. Im Folgenden wird für diesen Umstand der Begriff „Leerkategorie“ verwendet werden. Die TP wurde als Behandlungskategorie gesetzt, sie wurde aber inhaltlich (theoretisch, konzeptionell, behandlungstechnisch) nicht beschrieben.

Der zweiten Kommentarschrift zu den PTRL (Faber, 1968) ist zu entnehmen, dass dieses „leer lassen“ der Behandlungskategorie absichtsvoll war. Die „neue Behandlungskategorie“ TP sollte dazu dienen, noch zu entwickelnden Konzepten von Psychotherapie einen Platz in der kassenärztlichen Versorgung offen zu halten. Im Folgenden wird diese Funktion der TP als „Platzhalter“ bezeichnet werden. Auf diese Weise sollte in den ersten PTRL offenbar die Möglichkeit offengehalten werden, noch zu entwickelnde methodisch-technische Neuerungen innerhalb der PTRL zu ermöglichen<sup>11</sup>.

Das bedeutet, dass zwischen der heute recht exakt formulierten und der damals offen gelassenen konzeptionellen Fassung von TP eine Entwicklung stattgefunden hat, die es nun nachzuzeichnen gilt. Das legte zwei „Einstiegspunkte“ für die Quellensuche nahe: Aktuelle, gegenwärtige Literatur wurde gesucht, welche das heutige Konzept der TP beschreibt. Und es wurde gesucht, ob es im Vorfeld der Einführung der PTRL bereits konzeptionelle Überlegungen zur TP gab. Für beide Quellensuchen konnte sich auf den deutschsprachigen Raum beschränkt werden, da die TP als Richtlinienverfahren nur im Rahmen der GKV Anwendung findet.

Die Vorgehensweise war dabei zum einen, in den gängigen Datenbanken (pubmed; Researchgate; Jstor; psynindex; Gemeinsamer Verbundkatalog) nach Veröffentlichungen zu suchen. Zum anderen wurde nach dem „Schneeballprinzip“ in den jeweiligen Quellenverzeichnissen der Literatur nach weiteren Hinweisen gesucht.

Die Literaturrecherche hatte zwei Hauptergebnisse: Zum einen wurde deutlich, dass es zwar ausreichend Material zum Schlagwort „Tiefenpsychologie“ gibt, die begriffliche Kombination „tiefenpsychologisch fundiert“ hingegen kaum Treffer erzeugt. Zum anderen wurde deutlich, dass die fachliche Auseinandersetzung über die konzeptionellen Inhalte vorwiegend in Fachzeitschriften-Artikeln stattfand. Das hatte zur Folge, dass zunächst und hauptsächlich Sekundärliteratur gesichtet wurde. Verweise auf Primärquellen wurden meist in den Literaturverzeichnissen aufgefunden.

Darüber hinaus zeigte sich eine sehr ungleiche Verteilung an theoretischen Schriften zur TP über die Zeitspanne hinweg, mit einer deutlichen Zunahme an Veröffentlichungen seit der Jahrtausendwende. Dies legt den Schluss nahe, dass die TP in den ersten Jahrzehnten nach ihrer Einführung hauptsächlich in der Praxis entwickelt wurde, fast ohne theoretische Reflexion. In Ermangelung von Quellen wurde daher auch eine interpretierende Einordnung der die TP durchführenden Praktiker\*innen vorgenommen (Kap. 6.2). Diese Interpretation stützt sich auf eine Analyse der Rahmenbedingungen für die Lehre und Durchführung der TP, indem untersucht wurde, welche Berufsgruppen zu welchen Zeitpunkten zur Durchführung von TP berechtigt war.

Die Quellenlage änderte sich also ab etwa der Jahrtausendwende. Konzeptionell-inhaltliche Konturierungen der TP als eigenständiges Verfahren wurden deutlicher. Dieser Befund ließ

---

<sup>11</sup> Ein ähnlicher Vorgang findet sich heute beim Reformgesetz zur Psychotherapieausbildung: Es sollen sowohl die derzeit „etablierten Verfahren“, aber auch die „in der Entwicklung begriffenen“ im Rahmen der akademischen Psychotherapie-Ausbildung gelehrt werden (BMG, 2019a).

sich nicht aus den Quellen selbst heraus erklären, sondern bedurfte einer interpretierenden Bearbeitung der berufs- und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen: Die Einführung der TP als Richtlinienpsychotherapie 1967 setzte einen Prozess in Gang, der durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 noch einmal eine neue Richtung bekam. Ein auch berufspolitisch motivierter Prozess der Begriffsbildung „Psychodynamische Psychotherapie“ hatte eine Rückwirkung auf die konzeptionelle Gestaltung der TP (Kap. 7).

Es wurde schnell deutlich, dass es für die Begriffskombination „tiefenpsychologisch“ und „fundierte“ weder Primär- noch Sekundärliteratur zum Zeitpunkt der Einführung des Verfahrens gab. Es konnte keine einzige Quelle in der Fachliteratur aufgefunden werden, in welcher vor der Einführung der TP 1967 der Begriff „tiefenpsychologisch fundiert“ auftaucht. In der Sekundärliteratur hingegen gibt es eine eindeutige Zuordnung der Urheberschaft für den Begriff TP. Übereinstimmend wird in der Sekundärliteratur berichtet, dass der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ von Walther Theodor Winkler geschaffen wurde. Es werden dabei jedoch keine Quellenangaben bereitgestellt. Primärliteratur von Winkler selbst gibt es zu dem Begriff nicht.

Das machte einen weiteren Zugang nötig, der eine Mischung aus „Oral History“ und interpretierender Archivsuche darstellt. An der Erstellung der Psychotherapie-Richtlinien waren Vertreter\*innen verschiedener Fachgesellschaften sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung beteiligt. Daher wurden bei den entsprechenden Organisationen (KBV, DGPT, DGPM (als Nachfolgeorganisation der AÄGP), DGPNN) und beim Veröffentlichungsorgan der KBV (DÄV) und dem Adolf-Würth-Zentrum für Geschichte der Psychologie Archivanfragen gestellt sowie die Wortprotokolle der relevanten Ärztetage gesichtet. Gleichzeitig wurden Autor\*innen der einschlägigen Literatur um Kontextinformationen ersucht<sup>12</sup>. Dieses Vorgehen erlaubte es schließlich, den Weg der Begriffsfindung „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ plausibel nachzuzeichnen.

Zusammengefasst bestand das methodische Vorgehen darin, in Ermangelung von Primärliteratur sowohl zum Konzept als auch zum Begriff der „tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“, die auf obigem Wege gefundenen „Versatzstücke“ interpretierend historisch an- und einzuordnen. Es sei betont, dass hierbei die Chronologie lückenhaft sein könnte, weil vermutlich nicht alle Informationen aufgefunden wurden. Weitere Untersuchungen könnten dazu beitragen, das historische Bild der TP weiter zu vervollständigen

### **1.3.        *Untersuchungsziel***

Psychotherapie befindet sich, wie alle Heilkunde, in einem beständigen Wandel. Anhand neuer Problemstellungen im Anwendungsfeld werden permanent neue Methoden entwickelt, alte Methoden werden überprüft und modifiziert oder aufgegeben.

Veränderungen im gesellschaftlichen Leben führen zu veränderten Rahmenbedingungen der seelischen Entwicklung. Es gibt erkennbare „Trends“: Zu bestimmten Zeiten und unter identifizierbaren soziohistorischen Bedingungen treten manche seelischen Erkrankungen häufiger auf. So kann zum Beispiel eine Häufung von Hysterie-Diagnosen im ausgehenden

---

<sup>12</sup> Ich danke an dieser Stelle allen Expertinnen und Experten, die mir bei der Suche geholfen haben: Annegret Boll-Klatt, Michael Dieckmann, Michael Ermann, Ulfried Geuter, Klaus Lieberz, Mathias Kohrs, Karen Pleines-Sbrzesny, Ulrich Prehn, Angelika Regel, Gerd Rudolf, Ulrich Rüger, Holger Schildt. Ein ganz besonderer Dank gebührt Regine Lockot dafür, mir unveröffentlichtes Material zur Verfügung gestellt zu haben und Steffen Dörre dafür, mir Zugang zu unveröffentlichten Quellen verschafft zu haben.

19. Jh. in Bezug zu den Sozialisationsbedingungen von Frauen in dieser Zeit gesetzt werden (vgl. Borkenhagen, 2018; Neises, 2007; Duda & Pusch, 1992).

Eine Zunahme bzw. ein Wiedererstarken von im weiteren Sinne „neurasthenischen“ Diagnosen im beginnenden 21. Jh. kann etwa in Zusammenhang mit veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen in postmodernen Gesellschaftsformen gebracht werden (vgl. Fuchs et al., 2018; Ehrenberg, 2015).

Zuweilen gibt es jedoch auch weniger „evolutionäre“, sondern mehr eruptive Umbrüche, die nicht auf Veränderungen im Feld der Praxis, sondern auf Veränderungen in den Rahmenbedingungen zurückzuführen sind. Die Einführung der Psychotherapie-Richtlinien 1967 war eine solche Station insofern, als dass dadurch die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland einheitlich geregelt wurde.

Das erste „Psychotherapeutengesetz“ von 1998/99 stellt ebenfalls eine solche Wegmarke dar, weil hiermit zwei gesetzlich geschützte Berufsbezeichnungen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in und Psychologische/r Psychotherapeut\*in) geschaffen und den Fachärzt\*innen gleichgestellt wurden.

Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes 2019 schreibt diese Entwicklung fort, indem die Psychotherapie künftig hauptsächlich an den psychologischen Fakultäten universitär verankert wird. An solchen „Umbruchstellen“ werden gesundheits- und ordnungspolitische Vorgaben installiert, welche einen erheblichen Einfluss auf die Praxis ausüben können:

1967 wurden mit der Einführung der PTRL „mit einem Schlag“ zwei psychotherapeutische Verfahren definiert; die zuvor unregelte, größtenteils privat finanzierte Psychotherapie bekam einen Platz im Leistungskatalog der GKV.

1998 erhielten durch den Beschluss des PsychThG (mit den Berufsbildern „Psychologische/r Psychotherapeut/in“ bzw. „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in“) erstmalig nichtärztliche Berufsgruppen den „Facharzt-Status“.

2019 wurde mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapie-Ausbildung nicht nur die Überführung der Psychotherapie-Ausbildung an die Universitäten beschlossen, sondern es wurden auch weitreichende Veränderungen in der Ausgestaltung der Psychotherapie (z.B. im Bereich der Qualitätssicherung sowie der Versorgungssteuerung) vorgenommen.

Wenn die Psychotherapie als Heilkunde technisch und methodisch adaptiv auf veränderte oder sich verändernde Bedingungen reagiert, wird es möglich, den veränderten Bedarfen in praktischer Hinsicht zu begegnen.

Dies erlaubt jedoch noch nicht ein historisches Verstehen sowohl der „schleichenden“ Entwicklungen als auch der Veränderungen an „Umbruchstellen“. Für ein solches Verstehen müssen weitere Faktoren aus dem berufspolitischen Kontext heraus untersucht werden.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur Kontextualisierung eines kleinen Ausschnitts aus der Geschichte der Psychotherapie leisten.

#### **1.4. Grenzen**

In dieser Arbeit geht es um einen umgrenzten Ausschnitt aus der Geschichte der Psychotherapie – die Entwicklung der „tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“.

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ gibt es in dieser Form nur innerhalb des deutschen Krankenkassensystems. Damit ist eine weitere Begrenzung der vorliegenden Arbeit genannt: Es wird ausschließlich die TP als von deutschen Krankenkassen anerkanntes Richtlinienverfahren in Deutschland untersucht.

Eine weitere Eingrenzung des Forschungsfeldes besteht darin, dass die Arbeit sich auf die derzeit häufigste Anwendungsform der TP beschränkt, nämlich auf die ambulante Einzelpsychotherapie im Erwachsenenbereich.

## **2. Geschichte von Psychologie und Psychotherapie**

Die „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ ist ein junges Psychotherapieverfahren mit einer engen regionalen Verbreitung (sie findet ausschließlich im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland statt). Obwohl die TP 1967 sozusagen „schlagartig“ eingeführt wurde, reiht sie sich ein in die Geschichte von Psychotherapie allgemein. Aus diesem Grund soll zunächst eine sehr grobe Übersicht über die Geschichte von Psychologie und Psychotherapie vorgenommen werden, bevor die spezifischen Entwicklungsbedingungen untersucht werden, welche die TP hervorgebracht haben.

Die Geschichte der TP als Anwendungsform von Psychotherapie hat einen klar datierbaren Beginn: Am 03.05.1967 beschloss der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung“. (s. BMA, 1967, S.499f.)

Dieser Beschluss wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung am 15.09.1967 bekanntgegeben und am 23.09.1967 im Bundesanzeiger (Bundesarbeitsblatt 19/1967) veröffentlicht<sup>13</sup>.

Die Richtlinien traten am ersten Tag des auf ihre Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Kalendermonats in Kraft, also am 01.10.1967.

Damit ist geklärt, *wann* die TP in die Kassenversorgung eingeführt wurde. Ungeklärt bleibt jedoch, *warum* dieses Verfahren eingeführt wurde, *was* der Begriff eigentlich bezeichnet und *wie* sich das Verfahren seit seiner Einführung entwickelt hat.

Bei ihrer Einführung 1967 wurde die TP gemeinsam mit der Analytischen Psychotherapie in Abgrenzung zur Psychoanalyse definiert. Eine Binnendifferenzierung der beiden Verfahren TP und AP wurde nicht vorgenommen (vgl. BMA, 1967; Faber, 1968; Kohlhausen, 1967a).

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung von 2019 wird die Psychotherapie als Anwendungsform von Psychologie definiert. Daher soll die Psychotherapie zunächst in ein geschichtliches Verständnis der Psychologie eingebettet werden.

In der Geschichte der Psychologie kann unterschieden werden zwischen Gegenstand und Prozess:

„Mit der Geschichte der Psychologie sind der Gegenstand der sich ändernden Psychologie sowie die Darstellung dieser Veränderungen selbst gemeint. In der ersten Bedeutung geht es um das sich wandelnde Forschungsgebiet, die akademische Disziplin und das Berufs- und Tätigkeitsfeld. In der zweiten Bedeutung ist Psychologiegeschichte als Wissenschaftsgeschichte zu verstehen.“

---

<sup>13</sup> Eine weitere Bekanntmachung fand am 07.10.1967 im „Deutschen Ärzteblatt“ Nr. 40, S. 2101f. statt.



(Lück, 2019b, S.1)

Für ein Verständnis der TP als Psychotherapie ist es sinnvoll, zwischen den historischen Linien des Gegenstands (*Psycho-*) sowie der Praxis (*-therapie*) zu unterscheiden. Wird der Blick eher auf den Gegenstand (des Seelenlebens) gerichtet, so wird in der Literatur zumeist die Geschichte der Psychologie als Disziplin nachgezeichnet. Sofern der Blick eher auf die Handlungspraxis (also die psychologische Heilbehandlung) gelegt wird, werden häufig Bezüge zu Heilpraktiken hergestellt, die geschichtlich weiter zurückreichen.

Die Geschichtsforschung zum Gegenstand der Psychologie setzt den Anfangspunkt überwiegend in der Antike. Vor allem die Philosophien von Platon und Aristoteles können hier als eine Grundlage der Psychologie verstanden werden (vgl. Ebbinghaus, 1908; Russel, 1945/2016; Galliker et al., 2007; Lück, 2011; Rieken et al., 2011; Schönpflug, 2013; De Crescenzo, 2017; Nölle, 2017a). Beide gehen davon aus, dass es einen fundamentalen Unterschied gibt zwischen beseelten und unbeseelten Objekten. Beseelte Objekte zeichnen sich ihnen zufolge durch zwei Kernmerkmale aus:

- Eigenbewegung (Dynamik) und
- Erkenntnis.

Ein fundamentaler Unterschied besteht hingegen hinsichtlich der „zeitlichen Ausdehnung“ der beseelten Objekte:

- Platon: Seele als unsterbliche Entität;
- Aristoteles: Existenz der Seele an Existenz des Körpers gebunden.

Es sind also, folgt man dieser historischen Einordnung, bereits in der Antike erste systematische Überlegungen zum Gegenstand der Psychologie vorgenommen worden. Hinsichtlich der Geschichte der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin wird in der Literatur hingegen das 19. Jahrhundert als „Geburtszeitraum“ der Psychologie betrachtet: „Die Psychologie hat eine lange Vergangenheit, doch nur eine kurze Geschichte“ (Ebbinghaus, 1908, S.1).

Eine verbreitete historische Darstellung der Psychologie als Wissenschaft entlang „großer Persönlichkeiten“ setzt die Einrichtung des psychologischen Laboratoriums in Leipzig durch Wilhelm Wundt 1879 als Beginn der akademischen Psychologie (vgl. Benjamin, 2007; Galliker et al., 2007).

Mit dieser Einrichtung im Grenzbereich von Philosophie und Naturwissenschaft kann die Psychologie als akademische Wissenschaft verstanden werden.

Dies korrespondiert mit einem Eintrag in „Meyer's Konversationslexikon“ aus dieser Zeit: Zum Stichwort „Psychologie“ gibt es einen dreiseitigen Eintrag, der die Entwicklung dieser damals noch recht jungen Wissenschaft vom Altertum über Descartes, Spinoza und Leibniz bis hin zu den (damals) gegenwärtigen Vertretern der Psychologie nachzeichnet. Dem Tenor nach wird die Psychologie als eine eigenständige Wissenschaft neben den Naturwissenschaften dargestellt:

„Abgesehen von ihrem selbständigen theoretischen Interesse hat die P. eine hohe Bedeutung als die gemeinsame Grundlage und das vermittelnde Band aller Geisteswissenschaften, wenn auch die letztern wegen der noch sehr unvollkommenen und schwankenden Verfassung der P. bisher noch nicht den Nutzen aus ihr haben ziehen können, den sie in Zukunft gewiß ziehen werden;“ (Meyers, 1908, S.425).

Dem gegenüber ist der Eintrag zum Stichwort „Psychotherapie“ knapp und präzise:

„Psychotherapie (griech.): Heilung durch seelische Einwirkung auf den Kranken.“<sup>14</sup>  
(Meyers, 1905, S. 430).

Die Beschäftigung mit der Geschichte der Psychotherapie als heilkundliche Anwendungspraxis hat hingegen sehr viel später (in der Folge der Weiterentwicklung der Psychotherapie) eingesetzt.

Die Spuren der Geschichte der Praxis (Psychotherapie) führen dann auch weiter zurück als bis zur Antike, sie verweisen in den Bereich der „Heilkulte“ (vgl. Claus, 1985; Müller, 2001; Kohnen, 2005; Benecke, 2014; Maio, 2017; Nölle, 2017b; Wampold, 2018):

„Although nothing is known about the earliest medications or about the first physician, historians date the earliest portrait of a physician to Cro-Magnon times, 20.000 B.C. (Haggard, 1934; Bromberg, 1954).“  
(Shapiro & Shapiro, 1997, S.3)

Es scheint bereits vor der Antike auch psychologische Anwendungsformen von Heiltätigkeit gegeben zu haben – diese sehr weit gefasste Einordnung der Vorläufer von Heilkunde trennt dabei nicht scharf zwischen medizinischer und psychologischer Herangehensweise<sup>15</sup>.

Folgt man dieser Auffassung, dann ist anzunehmen, dass es „schon immer“ irgend eine Art psychologischer Heiltätigkeit gegeben haben könnte. In welcher Weise diese Praktiken hingegen wissenschaftlich fundiert und akademisch verankert waren, ist dabei nicht ganz eindeutig festzulegen. Mit der Reform des deutschen Psychotherapeutengesetzes 2019 ist wissenschaftsgeschichtlich die Neuerung verbunden, die Psychotherapie als Anwendungsform der Grundlagenwissenschaft Psychologie universitär zu verankern. Zwar wird weiterhin auch im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung Psychotherapie gelehrt und gelernt werden können. Die primäre Verortung von Psychotherapie ist jedoch in den psychologischen, nicht den medizinischen Fakultäten vorgesehen. Das Gesetz zielt darauf ab, psychotherapeutische Versorgungsbedarfe decken zu können. In die Kalkulationen, wie viele Absolvent\*innen dafür notwendig sind, werden ausschließlich die neu zu schaffenden Masterstudiengänge Psychotherapie einbezogen, nicht die ärztlichen Weiterbildungskandidat\*innen.

Primäre Zugangsvoraussetzung zum Beruf (bzw. zur Weiterbildung) als Psychotherapeut\*in ist ein Masterabschluss in Psychotherapie, nicht mehr ein Masterabschluss in Psychologie. Psychotherapeut\*innen mit medizinischem Grundberuf machen sich durch den Zusatz „ärztlich“ kenntlich.

Zusammengefasst ergibt sich folgendes Bild: Seit Beginn der Menschengeschichte scheint es soziale Praxen gegeben zu haben, um seelisch-körperlichen Ungleichgewichten heilkundlich zu begegnen. Dabei wird zwischen seelischer und körperlicher Heilkunde nicht unterschieden. In der Antike wurden Vorläufer der heutigen Psychologie geschaffen, indem Gegenstand und Verfasstheit des Seelenlebens strukturiert und theoretisch erkundet wurde. Eine wissenschaftliche Institutionalisierung der Psychologie fand im 19. Jahrhundert statt. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wird in Deutschland die Psychotherapie an den psychologischen Fakultäten institutionell verankert.

Dies stellt, sehr verkürzt dargestellt, den allgemeinen Rahmen dar, innerhalb dessen die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eingeführt und entwickelt wurde. In den

---

<sup>14</sup> Vollständiger Eintrag.

<sup>15</sup> Auch Benjamin (2007, S.1) geht davon aus, dass es Psychologie so lange gibt wie die Menschheit: „Surely, psychology has existed from the very beginning of human history“. Sie löst das Unterscheidungsproblem dadurch, dass unter „modern psychology“ die Experimentalpsychologie verstanden wird, während frühere Psychologien als „pre-scientific“ klassifiziert werden. Zugleich wird konstatiert, dass es auch nach der Installation der modernen akademischen Psychologie und parallel zu ihr noch eine „public psychology“ sowie eine „mental philosophy“ gab.

folgenden Kapiteln sollen Rahmenbedingungen untersucht werden, welche die Einführung der TP im besonderen vorbereiteten.

### **3. Psychoanalytische Wurzeln der TP**

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wird seit 1987 gemeinsam mit der Analytischen Psychotherapie als „psychoanalytisch begründetes Verfahren“ bezeichnet (BAK, 1987). Beide Verfahren werden explizit abgegrenzt von der Psychoanalyse im engeren Sinne. Obwohl beide Verfahren in der psychoanalytischen Theorie begründet dargestellt werden, unterscheiden sie sich von der ursprünglich als „tendenzlos“ konzipierten Psychoanalyse.

Wenn die TP also „psychoanalytisch begründet“ ist, dann liegt es nahe, ihre „psychoanalytischen Wurzeln“ genauer zu beleuchten.

Die Psychoanalyse als Psychologie entwickelte sich weitgehend außerhalb der akademischen Disziplin Psychologie (vgl. Elliger, 1986). Als Heilkunde war sie der Medizin näher; im Wesentlichen wurde sie jedoch außeruniversitär entwickelt. Aus erkenntnistheoretischer Sicht wäre sie am ehesten als Hermeneutik einzuordnen. Freud selbst hätte seine Wissenschaft gern als exakte Naturwissenschaft, mindestens jedoch als eine Wegbereiterin dahin verstanden: „Die Psychologie ist auch eine Naturwissenschaft. Was sollte sie denn sonst sein?“ (Freud, 1938, S. 143). Habermas (1968, S. 263) prägte für diese Haltung Freuds den Begriff „szientistisches Selbstmissverständnis“<sup>16</sup>. Wie Habermas herausarbeitet, ist der Erkenntnisprozess in der Psychoanalyse nicht naturwissenschaftlich. Tatsächlich ist in dieser Lesart die Psychoanalyse eher eine Geistes- denn eine Naturwissenschaft: Der Erkenntnisprozess ist wissenschaftstheoretisch ein tiefenhermeneutisches Vorgehen. Die Zielsetzung ist nicht allein die Untersuchung und Behebung seelischer Störung, sondern die psychoanalytischen Methoden lassen sich auch zur Untersuchung kultureller Faktoren einsetzen. Habermas kommt zu dem Schluss, dass Freud „in der Tat eine neue *Humanwissenschaft* begründet, in ihr aber stets eine *Naturwissenschaft* gesehen hat“ (Habermas, 1968, S. 301).

Wie dargestellt, hat die Psychotherapie, und damit auch die Psychoanalyse, einen langen Vorlauf in der Menschheitsgeschichte. Und doch kann die Psychoanalyse als „Mutter aller Psychotherapie“ aufgefasst werden. Lück weist darauf hin, dass im Alltagsverständnis Psychoanalyse und Psychologie noch immer gleichgesetzt werden, obwohl es kaum „psychoanalytische Lehrstühle“ in der akademischen Psychologie gibt (Lück, 2009, S.90)<sup>17</sup>.

An dieser Stelle soll nicht noch einmal die Historie der Psychoanalyse erzählt werden<sup>18</sup>. Vielmehr soll auf den *Prozess* der Wissensbildung fokussiert werden, um die theoretische Vorgeschichte der TP zu beleuchten.

Freud hat weder die Psychotherapie noch das Unbewusste erfunden (vgl. Gödde & Buchholz, 2011; Gödde, 2009; Schüßler, 2002). Er hat jedoch als Erster sowohl die Behandlungstechnik als auch die zugrundeliegende Psychologie systematisiert (vgl. Kauders, 2014; Dührssen, 1994, S. 185).

---

<sup>16</sup> Vielleicht ist dieser epistemologische Zwiespalt Freuds ein Teil davon, wie folgendes berühmte Zitat zu verstehen ist: „Es hat doch beinahe den Anschein, als wäre das Analysieren der dritte jener »unmöglichen« Berufe, in denen man des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein kann. Die beiden anderen, weit länger bekannten, sind das Erziehen und das Regieren.“ (Freud, 1937, S.94).

<sup>17</sup> Stand 2020 ist einer von 50 Lehrstühlen für Psychologie an den staatlichen Universitäten mit einem Psychoanalytiker besetzt (vgl. Jungclaussen, Jonas & Hauten, 2020).

<sup>18</sup> Hierzu sei auf die einschlägige Literatur verwiesen, z.B. Kauders, 2014, Lockot; 2013b; Springer et al., 2007; Dührssen, 1994; Clark, 1980; Freud, 1914d.

Die Vorgehensweise folgte dabei, von ihm unerkannt oder ignoriert (vgl. Habermas, 1968, S. 262, 302), einer damals schon bekannten erkenntnistheoretischen Logik, der Hermeneutik. Konkret bedeutet das, dass Freud die Behandlungstechnik anhand der klinischen Erfordernisse gewonnen und modifiziert hat und aus der Analyse der empirischen Befunde ein theoretisches Modell entwickelte (Metapsychologie), welche nicht nur für die klinische Praxis relevant ist (therapeutische Technik), sondern darüber hinaus Grundlagenhypothesen zur seelischen Verfasstheit von Menschen generierte (Kulturtechnik).

Die Psychoanalyse ist demnach eine im Kern empirische Wissenschaft: Aus empirischen Befunden werden theoretische Ableitungen vorgenommen, welche in praktische Anwendungsmodelle überführt werden. Die Anwendung der Modelle im empirischen Feld erzeugt dann weiteres Material für die theoretische Analyse. Es folgt eine Modifikation der Modelle, die dann in die Praxis rückgebunden werden, wo sie neues Material zur weiteren Untersuchung erzeugen usf.

Freud war stets bereit, seine bereits entwickelte Theorie anhand neuer Erkenntnisse im Feld der Empirie zu modifizieren.

Problematisch wird der Blick auf den Prozess der psychoanalytischen Wissensbildung, wenn man die Aufmerksamkeit auf die (unausgesprochenen) Prinzipien der Theorieentwicklung lenkt. Denn der Abgleich von neuen Erkenntnissen mit der bestehenden Theorie galt für Freud mit einer folgenschweren Einschränkung: Es waren nicht *irgendwelche* Erkenntnisse, und es war nicht eine *irgendeine* psychoanalytische Theorie, sondern es war ausschließlich die Freud'sche Psychoanalyse, die als Referenzsystem heranzuziehen war, und es waren ausschließlich von ihm „ratifizierte“ Modifikationen, die zulässig waren (vgl. Rudolf, 1977/1987).

Ganz allgemein gesprochen „funktioniert“ die psychoanalytische Wissensbildung nach einem erkennbaren Schema: Am Beginn steht eine Idee, die jemand (meistens ein Mann) mit seinem Namen verknüpft. Dieser kann andere dafür begeistern, und gemeinsam wird die Idee zur Theorie ausgebaut, ausgedehnt und es werden Veränderungen vorgenommen. An einem kritischen Punkt werden die Modifikationen so weitgehend, dass sie nicht mehr der Normlehre entsprechen. Wer nun die neuen Ideen weiterverfolgt, wird von der Gruppe ausgestoßen. Er hat dann selbst diese neue Idee, versucht andere für sich zu begeistern, versammelt eine Gruppe um sich, die Theorie wird ausgebaut, bis zu einem kritischen Punkt - und alles wiederholt sich.

Raguse (2007, S.37) schildert, dass Freud in einem Brief an Pfister die Sexualtheorie (im Sinne einer ätiologischen Kernhypothese für alle Neurosen) als „Schibboleth“ bezeichnet. Nur durch ein „Bekenntnis“ zur Sexualtheorie sei es der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse ermöglicht worden, Mitglied der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung zu werden. Dührssen (1994, S.20, S.237) greift das Konzept des „Schibboleth“ auf und wendet es auf die Vorstellung vom „reinen Gold der Psychoanalyse“ an.

Ein Schibboleth ist eine sprachliche Besonderheit, mit der sich die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe prüfen lässt (vgl. Knauf, 2007). Über die „richtige“ oder „falsche“ Aussprache wird die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe festgestellt. Im Alten Testament mit lebensentscheidenden Konsequenzen:

„Gilead schnitt Efraim die Jordanfurten ab. Und wenn die Flüchtlinge aus Efraim sagten: Ich will hinüber!, fragten ihn die Männer aus Gilead: Bist du ein Efraimter? Wenn er Nein sagte, forderten sie ihn auf: Sag doch einmal Schibboleth! Sagte er dann Sibboleth, weil er es nicht richtig aussprechen konnte, ergriffen sie ihn und machten ihn dort an den Furten des Jordan nieder. So fielen damals zweiundvierzigtausend Mann aus Efraim.“  
(Buch der Richter, 12, 5-6)

Im übertragenen Sinne heißt das, dass die Zugehörigkeit zur „richtigen“ Gruppe durch das „richtige“ Sprechen bewiesen werden muss. Die Nichtzugehörigkeit bedeutet zugleich den Verlust der eigenen Existenzberechtigung.

Freuds berühmt gewordener Beitrag auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress (1919 in Budapest) enthielt zwei Botschaften, die je nach Lesart unterschiedlich interpretiert werden können. Auf der einen Seite vertrat Freud sehr eindeutig die Position, dass die Psychoanalyse (und damit die Psychotherapie) verbreitet werden und allen Gesellschaftsschichten kostenfrei zugänglich gemacht werden müsste:

„Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische“ (Freud, 1919, S. 192).

Dies kann als eine Ermunterung verstanden werden, die Therapie den Erfordernissen und Möglichkeiten der Patienten sowie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen, statt wie bisher die Patienten nach ihrer Eignung für die Behandlung zu selektieren (vgl. Reimer & Rüger, 2012; Rüger, 1993).

Auf der anderen Seite aber kann die Metapher von „Gold und Kupfer“ verstanden werden als Mahnung, streng über eine Einhaltung der Normtheorie zu wachen (vgl. Hartung et al., 2016, S. 32):

„Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren [...] Aber wie immer sich auch diese Psychotherapie fürs Volk gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind“ (Freud, 1919, S. 193f.).

Rüger beschreibt diese beiden Interpretationsweisen von Freuds Beitrag zum Budapester Kongress als Ausgangspunkt einer „Polarisierung zwischen bewahrender Orthodoxie und kreativer Weiterentwicklung“ (Rüger, 2008, S. 253).

Dieses Spannungsfeld von reiner Lehre und behandlungstechnischem Pragmatismus war bereits früh erkennbar. So berichtet Eitingon über die Erfahrungen in der Berliner Poliklinik:

„Die eine Budapester Prophezeiung von Freud, daß ‚wir bei der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse werden legieren müssen‘, haben wir noch nicht realisieren können, aus dem einfachen Grunde, weil wir keine geeigneten Metalle zu solchen Legierungen gefunden haben.“ (Eitingon, 1923, S.10)

Wenn das „reine Gold“ ein Schibboleth darstellt (Dührssen, 1994, S. 237ff.), dann bedeutet das für die psychoanalytische Theoriebildung, dass es nicht darum geht, sich auf den jeweils gültigen Forschungsstand zu beziehen, sondern sich durch ein Bekenntnis der „richtigen“ Schule zuzuordnen.

Psychologiegeschichte kann mit dem „great man“-Ansatz untersucht werden, also indem die Geschichte des Fachs über das Lebenswerk großer Persönlichkeiten erzählt wird (z.B. Boring, 1929). Lück kritisiert, dass eine auf diese Weise vorgenommene Geschichtsschreibung den ideengeschichtlichen Kontext vernachlässigt. Er prägt dafür den Begriff „personalistisch“ (Lück, 2009, S. 21).

Mit diesem Begriff lässt sich die psychoanalytische Theoriebildung ebenfalls als *personalistisch* bezeichnen. Die Herausbildung von „Schulen“ entsteht aus einer untrennbaren Verknüpfung von Theorie mit dem jeweiligen Begründer. Bis heute kann man „Freud, Adler, Jung“ sagen, und jeder wird verstehen, dass man „Psychoanalyse, Individualpsychologie, Analytische Psychologie“ meint (vgl. Lück, 2009, S.90; Rieken et al., 2011).

Man konnte die Namen der psychoanalytischen Theorien und ihrer Begründer lange sogar vollständig synonym verwenden. Die Geschichten der bekanntesten „Abtrünnigen“ der Freud'schen Psychoanalyse (Adler und Jung) soll an dieser Stelle nicht wiederholt werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass es aufgrund dieser sehr persönlich geführten Kontroversen bis zum zweiten Weltkrieg auch in theoretischer Hinsicht im Grunde nur „drei Psychotherapien“ gab, deren Theorie jeweils mit den Namen ihrer Begründer verknüpft war.

Heute ist das Feld der psychotherapeutischen Ansätze sehr ausdifferenziert. In einer kritischen Zählung nennt Jaeggi (1995, S. 95f.) bis zu 500 „Therapieschulen“. Auch in den psychoanalytischen Theorien ist ein hoher Grad an Diversifizierung zu verzeichnen: Mertens zählte Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts neun „Schulen“ in der Psychoanalyse (Mertens, 1997, S. 15ff.), 15 Jahre später bereits 15-20 „Richtungen“ (Mertens, 2012, S.173).

Dennoch scheint sich am grundlegenden Prozess der Wissensbildung nicht viel geändert zu haben: „Ich kann mir eine Identitätsbildung ohne Abgrenzung nicht vorstellen“ (Tenbrink, 2013, S.23). Es geht also weiterhin darum, sich mit der „richtigen“ Schule zu identifizieren, um die eigene Identität zu bestätigen.

Kernberg hält für dieses Phänomen eine psychologische Erklärung bereit:

„Noch immer hält sich vielleicht so etwas wie eine Tendenz zur ‚Pilgerreise‘ nach irgendwo zu der einen oder anderen verehrungswürdigen Figur, aber das ist im Grunde ein universelles Problem in der Geschichte der Psychoanalyse: unsere Unsicherheiten veranlassen uns, nach ‚Gurus‘ Ausschau zu halten.“  
(Kernberg, 2007, S. 378)

Diese deutliche Kritik an der psychoanalytischen Wissensbildung zielt darauf ab, dass das wissenschaftlich fundierte Erkenntnisinteresse einem Bedürfnis nach Zugehörigkeit zur „richtigen Gruppe“ untergeordnet wird.

Ein zum personalistischen Ansatz alternativer Prozess der Wissensbildung könnte als *methodenzentriert* bezeichnet werden. Das ist im Grunde das Wachstumsprinzip der modernen Verhaltenstherapie<sup>19</sup>. Das Einschlusskriterium für die Zugehörigkeit zum Verfahren ist nicht der Abgleich mit einer bestehenden Normtheorie, sondern die empirische Evidenz der Wirksamkeit.

Auch wenn aus heutiger Sicht die Aussagekraft der ausschließlich mittels randomisierter Kontrollstudien gewonnenen Evidenz teilweise angezweifelt wird (vgl. Wampold et al., 2015, 2018; Strauß & Willutzki, 2019; Trautmann-Voigt & Voigt, 2020), gilt in der Verhaltenstherapie ein „pragmatischer (technischer) Eklektizismus“<sup>20</sup>: Wer nachweisen kann, dass seine Methode wirksam ist, der ist willkommen im Kreis der Verhaltenstherapie. Selbstverständlich gibt es auch in der VT Konkurrenzen und Kämpfe um Traditionen. Dennoch werden in der VT tendenziell mehr Neuerungen integriert als in den psychoanalytischen Verfahren, und inhaltlich sehr weit auseinanderliegende methodische Ansätze lassen sich zu neuen Strömungen (z.B. zur „dritten Welle“) zusammenfassen (vgl. Heidenreich & Michalak, 2013). Auch ist es in der VT üblich, die methodischen (nicht so sehr theoretischen) Formvarianten mit griffigen

---

<sup>19</sup> Gemeint ist an dieser Stelle die Verhaltenstherapie im Rahmen der PTRL, die nicht synonym ist mit dem international gebräuchlichen Begriff der CBT.

<sup>20</sup> Ohne dass dabei auf die Quelle des Begriffs Bezug genommen wird, die vermutlich bei Wilhelm Griesinger zu verorten wäre (vgl. Sponsel, 1998; Norcross, 1986).

Akronymen abzukürzen. Zur Bezeichnung werden üblicherweise die Akronyme allein oder jedenfalls vor dem Namen ihrer Begründer genannt<sup>21</sup>.

Der personalisierte Prozess der Wissensbildung in der psychoanalytischen Theorie vermag zu erklären, warum es so lange gedauert hat, bis eine „massentaugliche“ Psychotherapie wie die TP aus der Psychoanalyse abgeleitet wurde.

Impulse für behandlungstechnische Modifikationen waren schon früh gesetzt worden (vgl. Ermann, 2016, S. 455 ff.). Sie ließen sich jedoch in der psychoanalytischen Community nicht durchsetzen, sofern sie gegen das „Schibboleth“ der personalisierten Traditionen verstießen.

Für die Entwicklung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bedeutet das, dass wesentliche methodische und technische Versatzstücke bereits vorlagen, lange bevor die TP als Richtlinienverfahren implementiert wurde. Insbesondere die von Stekel (1908) sowie von Ferenczi & Rank (1924<sup>22</sup>) diskutierte „aktivere Haltung“ sowie die von Ferenczi (1932) betonte Rolle „realer“ Traumatisierungen für die Ätiologie seelischer Störungen können als Vorwegnahmen gegenwärtiger psychodynamischer Therapietechniken aufgefasst werden, wie sie (u.a.) in der TP zur Anwendung kommen. Und das von Alexander & French (1946) herausgegebene Lehrbuch könnte als Vorlage für ein „psychodynamisches“ Lehrbuch gelten (vgl. Kap. 6).

Es gab jedoch im Vorfeld der Implementierung der TP keine integrierende Konzeption einer anderen „psychoanalytisch begründeten“ Psychotherapie jenseits der drei personalistisch gebildeten „Schulen“ von Freud, Adler und Jung. Es waren demnach vor allem die innerpsychoanalytischen Widerstände gegen Veränderungen, gegen ein zu weites Abweichen vom „reinen Gold“ der tendenzlosen Psychoanalyse, welche die Entwicklung einer solchen Methode verlangsamten.

Die beschriebenen Prozesse psychoanalytischer Theoriebildung stellen einen Faktor dar, welcher die „Langsamkeit“ der konzeptionellen Entwicklung einer von der Psychoanalyse abgeleiteten Psychotherapie (wie es die TP später darstellte) erklären könnten.

Für die Einführung der TP als Richtlinienverfahren bedurfte es jedoch noch weiterer Vorbedingungen, welche auf den ersten Blick wenig mit der TP zu tun zu haben scheinen. Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen wurden gesetzt, lange bevor die PTRL eingeführt wurden.

## ***4. Entwicklung der Psychotherapie im Nationalsozialismus***

Während der nationalsozialistischen Diktatur wurden wesentliche Veränderungen im Bereich der Psychotherapie vorgenommen, welche die spätere Implementierung der Richtlinienpsychotherapie (Kap. 5) vorbereiteten.

Es sind im Wesentlichen folgende zwei Faktoren, die für die spätere Entwicklung der TP als Richtlinienverfahren bedeutsam sind: Zu einen ist es eine aus der Sicht der

---

<sup>21</sup> Man sagt „Freud'sche Psychoanalyse“ und „Adlerian psychology“, aber „DBT (nach Linehan)“ oder „Schema therapy (Young)“.

<sup>22</sup> Schröter (2007, S. 413) zufolge dominierten die technischen Neuerungen von Ferenczi und Rank in thematischer Hinsicht den 8. Internationalen Psychoanalytischen Kongress (1924 in Salzburg).

nationalsozialistischen Ideologie notwendige „Integration“<sup>23</sup> von verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen. Zum anderen handelt es sich um die Frage, wer Psychotherapie durchführen darf, also eine Integration von nichtärztlichen Psychotherapeut\*innen in die psychotherapeutische Versorgung.

Die Entwicklung eines „psychoanalytisch begründeten“ Therapieverfahrens jenseits der Psychoanalyse, wie es die Einführung der TP als Richtlinienverfahren darstellte, war innerhalb der psychoanalytischen Community (bzw. den drei um Freud, Adler und Jung herum gebildeten Communities) lange unvorstellbar. Die drei psychoanalytischen „Schulen“ Psychoanalyse, Individualpsychologie und Analytische Psychologie rangen um Deutungshoheit und Marktpräsenz auf dem Feld der Psychotherapie. Ein als „psychoanalytisch begründet“ vage formuliertes Verfahren hätte sich aus der geschilderten Entwicklungslogik psychoanalytischer Theorie nicht konstruieren lassen. Während des Nationalsozialismus wurde der Versuch unternommen, die Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Ansätzen zu nivellieren und eine übergeordnete „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ zu konstruieren. Damit verbunden ist ein Abrücken der personalistischen Kategorisierung von psychoanalytischen Schulen, was die spätere Implementierung einer nicht eindeutig zuordenbaren psychoanalytisch begründeten Psychotherapie als Richtlinienverfahren erleichterte.

Der andere Prozess, der während des Nationalsozialismus stattfand, betrifft die Zulassung von nichtärztlichen Behandler\*innen. Aufgrund von Versorgungsengpässen wurden unter bestimmten Voraussetzungen Psycholog\*innen als Psychotherapeut\*innen zugelassen. Genau dieser Verwaltungsvorgang doppelte sich später für die Richtlinienpsychotherapie. Er kann als „Einstiegspunkt“ der Psychologie in das Feld der Psychotherapie betrachtet werden, denn nicht über die akademische Verankerung, sondern über das Personal bekam die Psychologie eine Stellung und zunehmend auch ein Gewicht im Bereich der Psychotherapie.

Diese beiden Elemente werden im Folgenden genauer beschrieben.

#### **4.1. „Integration“ von Theorien**

Im Sinne der „Gleichschaltung“ (Bracher et al., 1960) sollten im Nationalsozialismus alle Bereiche des öffentlichen sowie des privaten Lebens mit der NS-Ideologie in Abgleich gebracht werden. Dies betraf auch die Psychotherapie (vgl. Dahmer, 1983).

Ausgangspunkt für diesen Prozess war die Diskreditierung der Psychoanalyse als „jüdische Wissenschaft“:

„Gegen seelenzersetzende Überschätzung des Trieblebens!  
Für den Adel des menschlichen... der menschlichen Seele!  
Ich übergebe dem Feuer die Schriften der Schule Sigmund Freuds!“  
(4. Rufer bei der Bücherverbrennung am 10.5.1933 am Berliner Opernplatz, zit.n. DHM, 2000<sup>24</sup>)

---

<sup>23</sup> Da es sich bei der Unterstellung aller Psychotherapie unter die nationalsozialistische Weltanschauung nicht um eine theoretisch-wissenschaftliche Leistung handelt, sondern um eine Folge der „Gleichschaltung“ (vgl. Bracher et al., 1960), wird der Begriff „Integration“ hier in Anführungszeichen gesetzt.

<sup>24</sup> Versprecher im Original. Die Tonaufnahme ist auch online verfügbar (DHM, 2002).

Es mag überlegenswert sein, ob dem Rufer hier eine Fehlleistung (sensu Freud, 1904) unterlief, ausgerechnet in der Zeile, in der auf den von den Nationalsozialisten als „Kulturgermane“ vereinnahmten mittelalterlichen Mönch Meister Eckhard Bezug genommen wird. Vielleicht wäre der Versprecher, vollständig ausgesprochen, so weitergegangen: „Für den Adel des menschlichen *Volkes*“. Der unbewusste Gehalt könnte dann in der Aussage liegen, dass alle anderen als die Angehörigen des *Deutschen Volkes* bzw. der *arischen Rasse* ihres Status als



Damit war öffentlich die Psychoanalyse als „undeutsch“ gebrandmarkt. Psychoanalytiker\*innen wurden im Nationalsozialismus verfolgt, vertrieben, verhaftet und ermordet. Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) „verlor“ durch den Ausschluss<sup>25</sup> ihrer jüdischen Mitglieder 1935 ca. 2/3 ihrer Angehörigen, bevor sie 1938 insgesamt aufgelöst wurde (vgl. Lockot, 2013a, S. 324; Dührssen, 1994, S. 175).

Damit, dass Freuds Bücher verbrannt wurden, ist der Grundstein gelegt für einen „Verfolgungsmythos“ von Psychoanalyse und Psychotherapie insgesamt. Ungeachtet der eigenen Wurzeln, der sehr verschiedenen Haltungen und Handlungen von Psychoanalytiker\*innen während der Nazi-Zeit, nimmt die Psychoanalyse eine unhinterfragte Opferhaltung ein. Jones (1962, S. 222) spricht von einer „Liquidation“ der Psychoanalyse<sup>26</sup>.

Die wenigen, dafür aber sehr gründlichen Werke zur Geschichte von Psychoanalyse und Psychotherapie während des „Dritten Reichs“ zeichnen indes ein anderes Bild<sup>27</sup>:

Die offizielle Verdammung der Psychoanalyse bedeutete nicht, dass die Psychoanalyse *als solche* ein Opfer des Nationalsozialismus wurde und dass *alle* Psychoanalytiker\*innen Opfer des Regimes wurden. Vielmehr scheint es so gewesen zu sein, dass die Internationale Psychoanalytische Vereinigung das „Trolley-Problem der Psychoanalyse“<sup>28</sup> (sollte man die DPG auflösen oder nicht; sollte man Psychoanalyse unter nationalsozialistischer Herrschaft überhaupt betreiben) in der Weise gelöst werden sollte, dass die jüdischen Mitglieder die DPG „freiwillig“ verließen und dafür eine Direktmitgliedschaft in der IPV erhielten (s. Lockot, 2013a, S.42).

Lieber sollten die jüdischen Mitglieder die DPG verlassen, als dass die Psychoanalyse als Ganzes in Gefahr eines vollständigen Verbots geriete:

„I should still say that I prefer Psycho-Analysis to be practised by Gentiles in Germany than not at all.“  
(Ernest Jones an Anna Freud, 11.11.1935, zit.n. Lockot, 2013a, S.43f.).

Die Psychoanalyse sollte also um jeden Preis gerettet werden, auch wenn dafür der Ausschluss der jüdischen Psychoanalytiker\*innen in Kauf genommen werden musste: Lieber sollen nur Nichtjüd\*innen Psychoanalyse machen als gar keine/r.

---

Menschen enthoben und als *Untermenschen* definiert wurden. Ein Konzept, das damals schon bekannt, aber vielleicht noch nicht so verbreitet (also gewissermaßen vorbewusst) war. Rosenberg übersetzte 1930 den Begriff *Under Man* von Stoddard (1922); Klemperer (1947, S.80) bezeichnet den Begriff „Untermensch“ dennoch als spezifische Wortschöpfung der Sprache des Dritten Reichs.

<sup>25</sup> Obwohl das Austreten der jüdischen Mitglieder „freiwillig“ erfolgte, ist hier von einem Ausschluss zu reden (vgl. Lockot, 2013a, S.39ff).

<sup>26</sup> Dem widerspricht Nitschke sehr energisch: „Die Aussage ist prägnant – und falsch“ (Nitschke, 2011, S.1)

<sup>27</sup> Zu nennen sind hier vor allem die herausragenden Werke von Lockot (1985 sowie 1994/2013a und 2013b) und Cocks (1985). Die Entwicklung der akademischen Psychologie im Nationalsozialismus ist bei Geuter (1984) umfänglich und detailliert beschrieben. Dührssens (1994) Lesart der Geschichte der Psychoanalyse hat ihr den Vorwurf des Antisemitismus eingehandelt, weil sie die Frage nach der „jüdischen Wissenschaft“ theorie-soziologisch aufgriff. Eine Ausstellung der International Psychoanalytic Association von 1985 legt einen starken Akzent auf den Aspekt der Verfolgung (vgl. Brecht et al., 2010). Peglau (2013, 3. Auflage: 2017a) legt mit seiner Studie über Wilhelm Reich eine sehr genaue Untersuchung der Psychoanalyse und ihrer Verstrickungen im Nationalsozialismus vor.

<sup>28</sup> Als „Trolley-Problem“ wird das moralische Dilemma beschrieben, ob man wenige opfern solle, um viele zu retten. Versinnbildlicht wird das Dilemma an der Rolle eines Weichenstellers, der darüber zu entscheiden hat, ob er einen außer Kontrolle geratenen Straßenbahnzug so umlenken solle, dass er weniger Menschenleben opfert, als wenn er nichts täte. Dieses 1930 als Gedankenexperiment konzipierte Dilemma bekommt eine makabre Realität vor dem Hintergrund, dass jüdische „Funktionshäftlinge“ in den KZs Deportationslisten zusammenzustellen hatten (vgl. Ludewig-Kadmi, 2001).

Freilich war damit auch eine „harte Haltung“ gegenüber politisch Aktiven verbunden: Wer mit dem Kommunismus oder dem Widerstand sympathisierte (wie etwa Edith Jacobson oder Wilhelm Reich), riskierte den Ausschluss aus der DPG (vgl. Lockot, 2013a, S. 39ff.).

Im öffentlichen Diskurs um „verfolgte Psychoanalyse“ wird so gut wie nie auf Reich eingegangen<sup>29</sup>, obwohl er einer der bekanntesten Psychoanalytiker seiner Zeit gewesen sein dürfte. Seine „Charakteranalyse“ (Reich, 1933b) dient noch heute als Grundlage körpertherapeutischer Ansätze. Und im Vergleich zu Freuds „Unbehagen in der Kultur“ (Freud, 1930) darf die „Massenpsychologie des Faschismus“ (Reich, 1933a) als deutlich radikalere Anwendung der Psychoanalyse als Kulturtechnik aufgefasst werden, mit deren Mitteln auch heutige rechtspopulistische Bewegungen untersucht werden können (vgl. Peglau, 2017b). Es scheint, dass eine explizit auf grundlegende gesellschaftliche Veränderung abzielende Psychotherapie auch dann keine Aufmerksamkeit erhalten sollte, wenn sie ganz offensichtlich Opfer von Verfolgung geworden war.

Die Verbrennung der Bücher Freuds war dem gegenüber eine mehr symbolische als eine faktische Handlung. Tatsächlich war die Zensur differenzierter: Grundlegende Schriften, welche Psychoanalyse und Individualpsychologie *darstellen*, wurden von den Bücherverboten explizit ausgenommen. Es sollte die *Verbreitung* der Lehren unterbunden werden, sofern sie im Widerspruch zur nationalsozialistischen Weltanschauung standen. Peglau (2014, S.155) fasst es folgendermaßen zusammen: „nur was dem Nationalsozialismus widersprach *und* keine grundlegende wissenschaftliche Bedeutung hatte, sollte ‚ausgemerzt‘ werden.“

Psychotherapie wurde auch vom nationalsozialistischen Regime als wichtig erachtet (vgl. Cocks, 1985, S. 216). Nitschke zitiert Kurt Gauger, den stellvertretenden Direktor des „Deutschen Instituts für Psychologische Forschung und Psychotherapie“<sup>30</sup> wie folgt: „Die politischste Disziplin von allen Disziplinen aber ist die Psychotherapie!“ (Nitschke, 2011, S.7). Lockot (1985, S. 212ff) konstatiert einen steigenden Bedarf an Psychotherapie auch und gerade unter den Bedingungen der Diktatur.

Es wurde im Nationalsozialismus eigens ein Institut geschaffen, das die Aufgaben von den psychoanalytischen Verbänden und der Berliner Psychoanalytischen Poliklinik übernahm:

„Das Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie wurde im Mai 1936 auf Veranlassung des Reichsärztesführers und des Reichsministeriums des Inneren mit dem offiziellen Ziel gegründet, eine „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ aus einer Verbindung aller drei am Institut vertretenen Hauptströmungen (Freudianer, Jungianer, Adlerianer) und verschiedener einzelner Forschungsrichtungen herauszuarbeiten, zu lehren und eine Poliklinik zu unterhalten.“

(Lockot, 2013a, S.188)

Die Bedingung für die Installation einer „Neuen Deutschen Seelenheilkunde“ war es, die Psychotherapie der nationalsozialistischen Weltanschauung zu unterstellen (vgl. Cocks, 1983, 1985; Lockot, 1985, 2013a). Auch die *seelische* „Volksgesundheit“ war ein wichtiger Bestandteil der nationalsozialistischen Gesellschaftsvorstellung.

Die Zielsetzung war dabei, der Rassenlehre folgend, eine eugenische: Es ging darum, als „wertvoll“ erachtete Elemente des „Volskörpers“ zu fördern und als „unwert“ erachtete Elemente zu vernichten. Dazu war es nötig, jene seelischen Zustände, die durch psychotherapeutische Maßnahmen zu heilen sind, von den als unheilbar erachteten zu unterscheiden. Sofern eine „Verbesserung“ als nicht möglich eingeschätzt wurde, wurden die

---

<sup>29</sup> Diese Lücke schließt Peglau erst 2013 (3.Auflage: 2017a).

<sup>30</sup> Das „Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“ wurde 1936 gegründet. Es übernahm Funktion und Räume der 1920 gegründeten Berliner psychoanalytischen Polyklinik. Geleitet wurde es von Matthias Heinrich Göring (einem Vetter von Hermann Göring). Im Folgenden wird das Institut auch als „Deutsches Institut“ oder „Göring-Institut“ bezeichnet.

so Erkrankten der Euthanasie in Form von Sterilisierung oder Ermordung überstellt (vgl. Lockot, 1985, 2013a; Peglau, 2014, 2017a).

Vor dem Hintergrund dieser Zweck- und Zielsetzung sind die „theoretischen“<sup>31</sup> Bemühungen der Psychotherapie im Nationalsozialismus zu lesen.

Es gab zum einen die Bestrebung, durch Psychoanalyse und Psychotherapie zur Verbesserung des „Volkskörpers“ beizutragen:

„Die Psychoanalyse bemüht sich, unfähige Weichlinge zu lebensstüchtigen Menschen, Instinktgehemmte zu Instinktsicheren, lebensfremde Phantasten zu Menschen, die den Wirklichkeiten ins Auge zu sehen vermögen, ihren Triebimpulsen Ausgelieferte zu solchen, die ihre Triebe zu beherrschen vermögen, liebesunfähige und egoistische Menschen zu liebes- und opferfähigen, am Ganzen des Lebens Uninteressierte zu Dienern des Ganzen umzuformen. Dadurch leistet sie eine hervorragende Erziehungsarbeit und vermag den gerade jetzt neu herausgestellten Linien einer heroischen, realitätszugewandten, aufbauenden Lebensauffassung wertvoll zu dienen.“

(Müller-Braunschweig, 1933/1983, S. 1139)

Zum anderen wurde am „Deutschen Institut“ ein „Diagnosen-Schema“ entwickelt, dass zur Selektion von an „unheilbaren Erbkrankheiten befallenen“ Menschen dienen konnte:

„In diesem Schema werden erst (A) Zustände aufgeführt, bei denen die Psychotherapie im allgemeinen nur eine Nebenrolle spielt. Hier ist besonders wichtig die Gruppe: ‚Erblich degenerative Psychopathie‘. ‚Psychopathien‘ sind für unsere Auffassung genotypisch bedingte seelische Mißbildungen, die nur in gewissem Maße besserungsfähig, im wesentlichen aber unheilbar sind, während die unter B aufgeführten: ‚Neurotischen Persönlichkeiten‘ günstigenfalls gesunden können.“

(Schultz<sup>32</sup>, 1940, S. 161)

Die als naturwissenschaftlich (und damit ahistorisch) aufgefassten psychologischen Erkenntnisse sollten dem Zweck einer Verbesserung der „Volks Gesundheit“ zur Verfügung gestellt werden. Der theoretische Weg dahin, die psychoanalytischen Erkenntnisse für die nationalsozialistische Weltanschauung nutzbar zu machen, war den „verwertbaren Gehalt“ der psychoanalytischen Forschungsergebnisse von ihren „jüdischen Wurzeln“ abzutrennen. Cocks (1985, S. 103) beschreibt es so: „... in proper racial hands even Jewish thought could be beneficial to non-Jewish practitioners and patients.“

Arier können also auch „jüdische Gedanken“ als hilfreiches Werkzeug verwenden.

Damit verbunden ist die Notwendigkeit, die in Kapitel 3.2. beschriebene personalistische Geschichtsschreibung der psychoanalytischen Theorie aufzubrechen: Es war nötig, die Ideen und Erkenntnisse der Psychoanalyse von den Personen, die sie hatten, abzutrennen – ganz einfach weil zu viele führende Theoretiker\*innen der Psychoanalyse Jüd\*innen waren.

Die personelle Besetzung des „Deutschen Instituts“ war insofern klug gewählt, als dass Vertreter aller drei damals prominenten therapeutischen Schulen (Psychoanalyse, Individualpsychologie, Analytische Psychologie; vgl. Kap. 3) bestellt wurden. Namentlich wurden für die Freud'sche Richtung Boehm, Müller-Braunschweig und Schultz-Hencke, für die Jung'sche Richtung Moritz, Kranefeld und Weizsäcker, für die Adler'sche Richtung Künkel und Herzog in den Verwaltungsbeirat des von Göring geleiteten Instituts berufen (vgl. Lockot, 1985, S. 193).

<sup>31</sup> Siehe Fußnote 23: Es handelte sich hier um politisch motivierte Vorgänge im Dienste der Gleichschaltung. Die Anführungszeichen mögen das verdeutlichen.

<sup>32</sup> J.H. Schultz (1884-1970) ist heute vor allem als Begründer des „Autogenen Trainings“ bekannt.

Cocks (1985, S. 53ff) „sortiert“ Schultz-Hencke und Rittmeister als Freudianer, Heyer als Jungianer, Göring, Künkel und Seif als Adlerianer sowie Hattingberg und Schultz als Unabhängige.

Inhaltliche Vorgabe für das „Deutsche Institut“ war es, die Psychoanalyse von der „jüdischen Lehre“ der Sexualtheorie zu befreien, um ihren für die nationalsozialistische Ideologie wertvollen Gehalt (Trieb- und Entwicklungslehre) in den Dienst der „Volksgemeinschaft“ zu stellen (vgl. Locket, 1985, S.192).

Die „Abkopplung“ der Theorien von ihren Gründern (und damit auch die Aufhebung der personalistischen Geschichtsschreibung) folgte demnach nicht einer erkenntnistheoretischen Einsicht, sondern war Ergebnis einer weltanschaulichen „Notwendigkeit“: Wenn Psychoanalyse und Individualpsychologie als „jüdische Ideen“ galten, dann musste das „jüdische“ daraus getilgt werden, um die „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ zu schaffen. Die verschiedenen Strömungen sollten daher von ihren Erfinderpersönlichkeiten gelöst und unter einem der nationalsozialistischen Ideologie kompatiblen theoretischen Dach integriert werden (vgl. Locket, 1985, S. 193).

Die Bemühungen um eine „Integration“ der verschiedenen psychoanalytischen Schulen werden von ihrer theoretischen Qualität her als eher bescheiden eingestuft (Cocks, 1983, 1985; Locket, 1985; Peglau, 2017a). Die „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ war theoretisch betrachtet kein großer Wurf. Cocks (1983, S. 1064) spricht von „naiven Visionen“ bei der Synthese der psychoanalytischen Denkschulen<sup>33</sup>.

Dieser (pseudo-)theoretische, politisch motivierte Vorgang – die Abkopplung der Theorien von ihren Gründern – war ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung der Psychotherapie.

Die andere wesentliche Weichenstellung während des Nationalsozialismus betrifft nicht die „Integration“ von Theorien, sondern die Integration von Behandler\*innen.

#### **4.2.      *Integration von Behandlerinnen und Behndlern***

Das nationalsozialistische Deutschland war ein totalitärer Staat (vgl. Arendt, 1951). Das bedeutete aber nicht, dass das Staatsgebilde so reibungslos und widerspruchsfrei funktionierte, wie es sich den Anschein gab (vgl. Broszat, 1960, 1969). Dies gilt selbstverständlich auch für den Bereich von Medizin und Psychotherapie. Zahlreiche innersystemische Machtkämpfe und Intrigen sind zu verzeichnen. Cocks kommt mit Blick auf Psychoanalyse und Psychotherapie zu dem Schluss,

„[...] daß der Hitlerstaat, obwohl er mit tragischem Erfolge eine mächtige Nation mit all ihren sozialen, ökonomischen und militärischen Ressourcen für Krieg und Ausrottung zu mobilisieren vermochte, in Wort und Tat nichts weniger als monolithisch war.“

(Cocks, 1983, S. 1058).

---

<sup>33</sup> Die Folgen waren jedoch alles andere als harmlos: Wer z. B. nach dem „Diagnosen-Schema“ des Göring-Instituts an einer „erblich degenerativen Psychopathie“ (Schultz, 1940, S.161) litt, war in unmittelbarer Lebensgefahr: „Wir sind übereinstimmend der Ansicht, daß es auch eine *hysterische Psychopathie*, eine *Entartungshysterie* gibt, die völlig unheilbar ist. [...] Meistens scheint es sich hier um eine sehr durchschlagende Vererbung zu handeln. Die wenigen Fälle, wo ich dies Todesurteil in Form einer Diagnose gestellt habe, zeigten das deutlich; Sie wissen, dass im neuen Scheidungsrecht in Deutschland mit Recht diese Form der Hysterie als Scheidungsgrund gilt; denn es kann keinem Mann zugemutet werden, mit einer solchen Bestie zu leben.“ (Schultz, 1940, S. 114f.)

Das bedeutet, dass auch zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen Macht- und Verteilungskämpfe herrschten. An dieser Stelle geht es nicht darum, die einzelnen beteiligten Personen in ihrem Ringen miteinander um Einflussnahme und Handlungsspielräume darzustellen. Diese historischen Vorgänge sind sehr gut dargestellt in den bereits erwähnten Werken von Locket (v.a. 1985, 2013a), Cocks (1985), Peglau (2017a, 2017b) sowie Geuter (1984).

Aus abstrakterer Perspektive bedeuten diese persönlich geführten Kämpfe und Verstrickungen gesellschafts- und berufspolitisch die Aushandlung der Frage: „Wem gehört die Psychotherapie?“

Verschiedene Berufsgruppen bemühten (und bis heute: bemühen) sich darum, die Ausübungshoheit für Psychotherapie für sich zu beanspruchen. Namentlich sind das ärztliche Psychotherapie, Psychiatrie, Psychoanalyse und Psychologie. Obwohl sowohl die ärztliche Psychotherapie als auch die Psychiatrie Teilgebiete der Medizin sind, haben sich hier Berufsgruppen mit eigenständigen Interessenvertretungen organisiert. Und obwohl auch die Psychoanalyse über lange Zeit hauptsächlich von Mediziner\*innen angewandt wurde, haben sie gegenüber den anderen Verbänden konkurrierende Interessen. Die Psycholog\*innen hingegen haben erst sehr spät eine „eigene Stimme“ in dieser Auseinandersetzung erhalten.

Seit die Psychoanalyse als heilkundliche Tätigkeit am Beginn des 20. Jahrhunderts populär wurde gab es auch eine berufspolitische Auseinandersetzung darüber, wer sie ausüben darf (vgl. Locket, 1985, S. 240)

Freuds Position war der Frage der Laienanalyse sehr eindeutig. Ein Studium der Medizin bedeutete für ihn keinen Vorteil gegenüber einer anderen Vorbildung beim Erwerb psychoanalytischer Kompetenzen. Sondern es war die psychoanalytische Ausbildung selbst (und hier vor allem die in der Lehranalyse gemachten Erfahrungen), welche zum psychotherapeutischen Handeln befähige:

„Nun, für den Kranken ist es gleichgültig, ob der Analytiker Arzt ist oder nicht, wenn nur die Gefahr einer Verkennung seines Zustandes durch die angeforderte ärztliche Begutachtung vor Beginn der Behandlung und bei gewissen Zwischenfällen während derselben ausgeschaltet wird. Für ihn ist es ungleich wichtiger, daß der Analytiker über die persönlichen Eigenschaften verfügt, die ihn vertrauenswürdig machen, und daß er jene Kenntnisse und Einsichten sowie jene Erfahrungen erworben hat, die ihn allein zur Erfüllung seiner Aufgabe befähigen.“  
(Freud, 1926, S. 279)

Freuds Position konnte indes die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Länder, in denen Psychoanalyse angewandt wurde, nicht beeinflussen. So herrschte in Deutschland durch eine Klausel in der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes von 1869 eine faktische Kurierfreiheit, während in Österreich als Schutz vor „Kurpfuscherei“ die Heilbehandlung Ärzt\*innen vorbehalten war (vgl. Jütte, 1997). Diese Lage änderte sich in Deutschland 1939 mit der Einführung des Heilpraktikergesetzes. Fortan wäre es eigentlich auch in Deutschland Ärzt\*innen vorbehalten gewesen, psychotherapeutisch tätig zu werden. Die Frage war, ob die nicht-ärztlichen Psychotherapeut\*innen den Regularien des Heilpraktikergesetzes zu unterstellen waren, oder ob sie als „Hilfskräfte in der Gesundheitspflege“ jenseits dieses „Gesetzes gegen die Kurpfuscherei“ anzusiedeln seien.

Ein „Schlupfloch“ für die Zulassung nichtärztlicher Behandler\*innen wurde am „Deutschen Institut“ aufgetan. Hier konnten die sogenannten „Behandelnden Psychologen“ unter bestimmten Voraussetzungen Psychotherapie durchführen. Dieser Zulassungsvorgang ist unter dem Begriff „Göring-Erlass“ Teil der Psychotherapiegeschichte in Deutschland geworden.

Faber & Haarstrick (1989, S. 83) datieren den Göring-Erlass auf 1940. Geuter (1984, S. 243f.) beschreibt, dass das Reichsinnenministerium dem „Göring-Institut“ eine Zuordnung der „Behandelnden Psychologen“ zu den ärztliche Hilfsberufen zugesichert habe, es zu einer Ausformulierung der entsprechenden Bestimmungen im Krankenpflege-Gesetz aber kriegsbedingt nicht mehr kam.

Lockot (1985, S. 238ff.; 2010, S.1208) sortiert die unübersichtliche Quellenlage (eine Reihe von Rundschreiben, die kriegsbedingt nicht Gesetzesstatus erlangten) etwas anders, so dass der Göring-Erlass auf den 18.03.1943 datiert wird. Allerdings sei bereits mit einem Vertrag zwischen dem „Deutschen Institut“ und dem „Verband der Angestellten Krankenkassen“ am 01.10.1942 die Möglichkeit zum Einbezug der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ermöglicht worden (Lockot, 2016, unveröff., S.6).

Matthias Göring, als individualpsychologisch ausgebildeter Arzt und Leiter des 1936 gegründeten „Deutschen Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie“, legte damit den Grundstein für das sogenannte „Delegationsverfahren“, also der eigenständigen Patientenbehandlung durch Psycholog\*innen unter ärztlicher Verantwortung und auf ärztliche Anordnung. Damit war es auch Nicht-Ärzt\*innen möglich, psychotherapeutisch tätig zu werden, sofern die Hauptverantwortung der Behandlungen in ärztlicher Hand lag, und sofern sie ihre Ausbildung am „Deutschen Institut“ absolviert hatten.

Damit war auch eine leichte Verschiebung und eine starke Verschärfung der Konfliktlinie verbunden: War die Frage der Laienanalyse zunächst eine Auseinandersetzung innerhalb der psychoanalytischen Zunft, so verhärtete der Göring-Erlass die Frontstellung zwischen Psychotherapie und Psychiatrie.

Denn das „Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“ hatte innerhalb des nationalsozialistischen Gesundheitsapparates vor allem die Psychiatrie als mächtigsten Gegenspieler (vgl. Cocks, 1987, S. 36 sowie Cocks, 1985, S.171ff.). Mit dem Göring-Erlass wurde nun offiziell eine neue Gruppe von Behandler\*innen in die öffentliche Gesundheitspflege eingeführt<sup>34</sup>.

Diese Vorgänge – die Erweiterung der als Behandler\*innen zugelassenen Berufsgruppen und in der Folge eine Verschiebung im Machtgefüge hinsichtlich der Ausübungshoheit über die Psychotherapie – werden im späteren Verlauf der Geschichte wiederholt. Denn auf dem Wege der Hilfskonstruktion des „Göring-Erlasses“ behandelten ab 1972 wieder Diplompsychologinnen und Diplompsychologen im Delegationsverfahren, und das Psychotherapeutengesetz von 1998 sowie dessen Novellierung 2019 bedeuten eine Schwerpunktverlagerung der Zuständigkeit für Psychotherapie weg von der Medizin und hin zur Psychologie (s. Kap. 5,6).

Man könnte also sagen, dass die Machtvorgänge innerhalb des nationalsozialistischen Gesundheitsapparates (dabei insbesondere der Göring-Erlass) für die Einführung einer

---

<sup>34</sup> Für die Praktizierenden der Psychotherapie war die Angehörigkeit zu einem Heilberuf neben der Zulassung zur Versorgung auch mit dem Vorteil einer Freistellung vom Reichsarbeitsdienst verbunden (vgl. Lockot, 1985, S. 246). Auch scheinen die am „Deutschen Institut“ gezahlten Gehälter recht anständig gewesen zu sein (vgl. Lockot, 1985, S. 194 und Cocks, 1985, S.145ff).

Psychotherapie jenseits der klassischen Psychoanalyse (und damit auch der TP) wegbereitend waren:

„Gleichzeitig jedoch — und dieser Sachverhalt ist bisher unbemerkt geblieben — eröffnete sich den Zurückgebliebenen eine überraschende Chance. Eine Anzahl weniger bekannter Ärzte und Laien, die sich allen Arten von Psychotherapie, einschließlich der Psychoanalyse, verschrieben hatten, erhielten durch ein Zusammentreffen verschiedener Umstände eine ungewöhnliche Gelegenheit, ihre berufliche Praxis und deren Verbreitung zu fördern. Selbst auf dem Gipfel der nationalsozialistischen Verfolgung und Propaganda wurde ein hoher Grad an professioneller Kontinuität gewahrt. Und mehr noch: Aufgrund der besonderen Konstellation ab 1933 konnten sich diese Psychotherapeuten eine institutionelle Position und Betätigungsmöglichkeit sichern, für die es in Deutschland früher und später<sup>35</sup> keine Parallele gibt.“  
(Cocks 1983, S. 1059)

Nun war es jedoch nicht so, dass Göring das Delegationsverfahren aus einer inhaltlichen Einsicht heraus erlassen hätte. Es ging ihm nicht darum, die Psycholog\*innen zur Behandlung zuzulassen, weil der Psychologie eine besondere Wichtigkeit für die Psychotherapie zugemessen worden wäre (das war eine sehr viel später wirksam werdende Folge, keine Ursache). Die Psychologie selbst erlebte während der Nazi-Zeit eine Konsolidierung und Professionalisierung<sup>36</sup> (vgl. Geuter, 1984), jedoch ohne einen klinisch-therapeutischen Schwerpunkt.

Vielmehr war die Einführung des Delegationsverfahrens ein pragmatischer Akt, der aufgrund der Versorgungsrealität notwendig war: Wenn das „Deutsche Institut“ eine flächendeckende Heilbehandlung anbieten wollte, mussten hinreichend Behandlerinnen und Behandler vorgehalten werden. Diese standen jedoch nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung – nicht zuletzt aufgrund des Ausschlusses jüdischer Ärzt\*innen, so dass auch Nicht-Ärzt\*innen in die Behandlungen einbezogen werden mussten. Der Einbezug der zahlenmäßig durchaus relevanten Gruppe der „Behandelnden Psychologen“ sollte als „Zwischenlösung“ dienen, bis hinreichend ärztliche Psychotherapeut\*innen ausgebildet sein würden, welche dann die nichtärztlichen Psychotherapeut\*innen überflüssig machen würden:

„Das Deutsche Institut wird nur noch in Ausnahmefällen für eine kurze Übergangszeit Nicht-Ärzte zu Heilpraktikern/Psychologen ausbilden. Die Ärztekammer Berlin/Brandenburg wird dafür Sorge tragen, daß junge Ärzte sich dem Beruf der Psychotherapeuten zuwenden. [...] Aus dieser Zusammenfassung ergibt sich, daß die Dozenten an unserem Institut, die Nicht-Ärzte sind, für die nicht-pathologischen Gebiete innerhalb des seelischen verwendet werden. Sie würden später dazu berufen sein, an Universitäten die Vorlesungen über Psychologie in den vorklinischen Semestern zu übernehmen. Während die Ärzte psychotherapeutische Vorlesungen und Seminare über Psychotherapie abhalten würden.“  
(Göring, 8.8.1938, zit.n. Lockot, 1985, S.244).

---

<sup>35</sup> Cocks schreibt dies 1983, konnte also von den Psychotherapiegesetzen 1999 und 2019 noch nicht wissen. In den folgenden Kapiteln wird aufgezeigt werden, dass sich im späteren Geschichtsverlauf durchaus Parallelen in institutioneller Hinsicht finden lassen.

<sup>36</sup> Z.B. durch den Erlass der ersten Diplom-Prüfungsordnung 1941.

Dieses Vorhaben war jedoch aus personellen Gründen nicht umsetzbar. Das medizinische Personal reichte nicht hin, um diese Aufgaben zu übernehmen. Lockot (1985, S.245) weist darauf hin, dass 1937 ein etwa gleichwertiges Verhältnis von Ärzten und Nicht-Ärzten in der Deutschen Landesgruppe herrschte, mit einem leichten Übergewicht der Nicht-Ärzte (60:68). Aus diesem Grunde kam es dann zum „Göring-Erlass“.

Ähnliche Eingriffe in die psychotherapeutische Landschaft aufgrund versorgungspolitischer Notwendigkeiten sind später auch bei der Einführung der Richtlinienpsychotherapie und bei der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zu verzeichnen.

Zusammengefasst sind es zwei Prozesse während der Nazi-Zeit, welche einen Einfluss auf die spätere Entwicklung von Psychotherapie (und damit auch der TP) in Deutschland hatten:

Das 1936 gegründete „Deutsche Institut“ sollte zur „Arisierung“ der Psychotherapie eine „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ schaffen. Dazu mussten einerseits die verschiedenen psychoanalytischen Schulen (Psychoanalyse, Individualpsychologie und Analytische Psychologie) miteinander und mit den sonstigen Ansätzen von Psychotherapie verschmolzen werden, was eine Ablösung der Theorien von ihren Gründern verlangte und die psychoanalytische Geschichtsschreibung sozusagen auf null setzte. Zum anderen war es nötig, die geisteswissenschaftlichen Ansatzpunkte der psychoanalytischen Theorien selbst auszulöschen und eine naturwissenschaftliche Universalität zu behaupten, um die Psychotherapie der nationalsozialistischen Weltanschauung zu unterstellen<sup>37</sup>.

Der „Göring-Erlass“ (1940/43) verknüpfte berufsrechtliche Zulassungsbedingungen mit gesundheitspolitischen Bedarfsanforderungen: Nicht-Ärzt\*innen („Behandelnde Psychologen“) sollten Psychotherapie durchführen dürfen, solange ärztliche Psychotherapeut\*innen nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung standen, um den Bedarf zu decken. Nicht inhaltliche, sondern versorgungsplanerische Aspekte wurden den Zulassungsentscheidungen also zugrunde gelegt.

Für die Entwicklung der TP ist das relevant insofern, als dass auch dieses Verfahren im weiteren Verlauf zunehmend „psychologisiert“ wurde. Dies zunächst darüber, dass das Personal sich immer mehr aus Psycholog\*innen speiste. Erst im letzten Schritt der Entwicklung (der Reform der Psychotherapie-Ausbildung von 2019) wird qua Gesetz die Psychotherapie akademisch an den universitären psychologischen Fakultäten verankert.

## **5. Einführung der TP als Richtlinienverfahren**

Die im vorigen Kapitel für die NS-Zeit beschriebene Verschränkung von versorgungspolitischen Notwendigkeiten mit berufspolitischen Machtkämpfen findet sich auch im Vorfeld der Einführung der Psychotherapie-Richtlinien. Zwischen verschiedenen beteiligten Interessengruppen (Krankenkassen, Psychiatrie, Psychoanalyse, ärztliche Psychotherapie) wurde darüber verhandelt, wer unter welchen Bedingungen welche psychotherapeutischen Leistungen zu welchem Honorar abrechnen darf (vgl. Lockot, 2016, unveröff.). Innerhalb des ärztlichen Berufsstandes zeigten sich divergierende Interessen, so dass die jeweiligen Gruppen eigene Verbände zu ihrer Vertretung entsandten. Psycholog\*innen waren seinerzeit

---

<sup>37</sup> Leiser (2017) prägt für die Zweckverwendung von Psychologie den Begriff „utilitaristische Position“, als Gegenstück zur „philosophischen Position“ der Zweckfreiheit.



nicht als Berufsgruppe bei diesen Verhandlungen beteiligt. Dies fand statt vor dem Hintergrund einer gesellschaftlichen Neuorientierung. In allen gesellschaftlichen Bereichen – damit auch im Bereich der Heilkunde – gab es Brüche und Kontinuitäten, welche erst sehr viel später reflektiert wurden (vgl. Schmuhl, 2016; Bruns, 2009; Thom & Caregorodcev, 1989).

Die Nachkriegsjahre waren davon gekennzeichnet, dass sich die Psychotherapie (damals mehr oder weniger ausschließlich Psychoanalyse im Sinne der in Kapitel 3 beschriebenen „drei Schulen“) neu- und wiederfinden musste<sup>38</sup>. Insbesondere gegenüber der internationalen Community waren die „Daheimgebliebenen“ in einem Erklärungsnotstand. Abgelesen werden kann dieses „moralische Ringen“ an den Bemühungen der deutschen Psychoanalyse um eine Wiederaufnahme in die Internationale Psychoanalytische Vereinigung IPV (vgl. Locket, 2013b; Cocks, 2010, S. 45; Kernberg, 2007, S.376; Dührssen, 1994, S.205)<sup>39</sup>.

Darüber hinaus aber scheinen die bereits lange in der Geschichte der Psychoanalyse angelegten Konflikte weiterhin personal geführt worden zu sein. So dürfte es nicht vorrangig die Frage von persönlicher Verwicklung ins Nazi-Regime von Schultz-Hencke gewesen sein, sondern vor allem sein Engagement für die „Neo-Psychoanalyse“ sowie die beschriebenen Integrationsbemühungen im „Deutschen Institut“<sup>40</sup>, welche zu unüberwindbaren Klüften innerhalb der psychoanalytischen Community führte (eine ausführliche Chronologie bietet Locket, 2013a/b). Eine Untersuchung der Person Schultz-Henckes (Theilemann, 2018) kommt zu dem Schluss, dass jener vom Verdacht nationalsozialistischer Gesinnung freizusprechen sei (was einer schuldhaften Verstrickung auf struktureller Ebene freilich nicht entgegensteht)<sup>41</sup>.

Rüger weist darauf hin, dass die Konflikte innerhalb der psychoanalytischen Community sehr viel früher anzusetzen sind. Im Grunde handelt es sich hier um eine Fortsetzung der in Folge des „Budapester Kongresses“ angestoßenen Kontroverse um Orthodoxie versus Modernisierung (vgl. Kap. 3):

„Bereits nach dem Tode Karl Abrahams [1925, LH] waren unter den Berliner Psychoanalytikern erste Konflikte virulent geworden. So bemerkt Ernst Simmel in einem Brief vom 2. Februar 1926 an Sigmund Freud, dass nach dem Tod Karl Abrahams zunächst ‚etwas wie ein schleichendes Paranoid‘ unter den Mitgliedern in Erscheinung getreten sei.“  
(Rüger, 2008, S. 251)

Locket (2013a, 2010) untersucht mit hoher Detailkenntnis die Verstrickungen und persönlichen Feindschaften, die 1950 dazu führten, dass sich die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) von der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) abgespaltete:

---

<sup>38</sup> Die folgende Entwicklung wird vor allem aus westdeutscher Sicht geschildert. Auf die Gefahr einer gewissen „Siegerarroganz“ hin soll diese Perspektive beibehalten werden, weil sich die gegenwärtige Situation maßgeblich aus der westdeutschen Historie heraus erklärt. Eine knappe Darstellung der Psychotherapie in Ostdeutschland findet sich bei Geyer, 1996 sowie Maaz, 2011; ausführlicher bei Geyer, 2011)

<sup>39</sup> Eine Betrachtung der Nachkriegs-Psychotherapie mit Fokus auf die Psychiatrie findet sich bei Roelcke, 2012; eine historische Betrachtung der „Lindauer Psychotherapiewochen“ mit Blick auf die Kontinuitäten zur NS-Zeit ist bei Mettauer, 2010 nachzulesen.

<sup>40</sup> Bohleber spricht in diesem Zusammenhang vom „Projekt einer synoptischen Psychotherapie“, welche die Vertreibung der jüdischen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker zur Voraussetzung gehabt habe (Bohleber, 2010, S. 294).

<sup>41</sup> Nitzschke(1991, S.35) betont, dass Schultz-Hencke 1933 gegen die „Arisierung“ des DPG-Vorstandes stimmte. Und doch arbeiteten alle am „Deutschen Institut“ Angestellten mit an der Entwicklung der „Neuen Deutschen Seelenheilkunde“ – inklusive des in Kapitel 4 geschilderten tödlichen Diagnosen-Schemas.

„Der Konflikt zwischen Neoanalyse und Freudscher Psychoanalyse wurde schließlich von dem Nichtarzt (!) Carl Müller-Braunschweig und dem Arzt (!) Harald Schultz-Hencke ausgetragen (Lockot 1994, S. 93–126).“  
(Lockot, 2010, S.1209)

Es ist an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass es sich dabei *nicht* um eine Auseinandersetzung zwischen Ärzt\*innen und Nicht-Ärzt\*innen handelte<sup>42</sup>. Die Psychoanalyse war weiterhin eine ärztliche Angelegenheit, die Auseinandersetzungen fanden zwischen verschiedenen ärztlichen Verbänden statt, auch wenn in diesen die nichtärztlichen Psychotherapeut\*innen mitorganisiert waren.

Es waren lang angelegte Konflikte innerhalb der psychoanalytischen Community, die sich in den Figuren Müller-Braunschweig und Schultz-Hencke personalisierten:

„In dem Bericht über die Sitzungen der *Berliner/Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft* vom 16.7.1949 bis 31.7.1950 dienten sieben von 26 Sitzungen der Auseinandersetzung zwischen Müller-Braunschweig und Schultz-Hencke [...]“.  
(Lockot, 2013a, S. 239)

Lockot identifiziert die Auseinandersetzungen letztlich als „Stellvertreterdiskussionen“ im Rahmen der Auseinandersetzung um die NS-Vergangenheit:

„[...] und so erscheinen die oft aggressiv agierten Konflikte zwischen DPV und DPG als Platzhalter für einen noch unbestimmbaren emotionalen Ort – einen Ort des Innehaltens, der Beschämung und des Trauerns“  
(Lockot, 2010, S.1239).

Damit ist eine Verbindung hergestellt zwischen einer ausbleibenden Aufarbeitung von persönlichen und institutionellen Verstrickungen im Nationalsozialismus mit einer inhaltlichen und theoretischen Diskussion um Psychoanalyse und Psychotherapie.

Dies stellt eine Variante der in Kapitel 3 beschriebenen personenbezogenen/personalistischen Theoriebildung dar. Verschärft durch die Faktoren politisch-moralischer Schuld wurde hier zugleich über die „Reinheit der Lehre“ verhandelt: Wenn die Menschen, welche die „Erneuerungen“ im dritten Reich mittrugen, persönlich und moralisch diskreditiert werden, dann können zugleich ihre Ideen verworfen werden. Umgekehrt kann der „moralische Freispruch“ derjenigen, die sich von der Psychoanalyse im Dritten Reich distanzieren, verwendet werden, um deren Ideen zu validieren.

Institutionell ähnelt diese Logik der in Kapitel 3 beschriebenen psychoanalytischen Tradition der „Schulenburg durch Spaltung“. In diesem Falle handelte es sich um eine „Konfliktlösung durch Spaltung“. Die psychoanalytische Community war offenbar nicht in der Lage, das Spannungsverhältnis von Orthodoxie und Modifikation weiter auszuhalten, so dass es zu einer Spaltung in Form der Bildung zweier Berufsverbände kam, die über die Deutungshoheit der Psychoanalyse rangen (vgl. Rudolf & Rüger, 2018; Lockot, 2013a; Reimer & Rüger, 2012; Dührssen, 1994; Rudolf, 1987).

Spaltung führt zwangsläufig zu einer vereinfachenden Aufteilung des Gegenstandes in „schwarz und weiß“. In Bezug auf die Verschränkung von theoretischer Position und politischer Integrität lautet diese Schwarzweißlogik wie folgt:

---

<sup>42</sup> Ich danke Ulrich Rüger für den Hinweis auf dieses mögliche Missverständnis.

- Wer sich für eine Modernisierung der Psychoanalyse und Psychotherapie einsetzt, gerät zugleich in den Verdacht der Mitläufer- oder Mittäterschaft am NS-Regime;
- wer sich für eine Reinhaltung der psychoanalytischen Lehre einsetzt, kann sich zugleich politisch-moralisch rehabilitiert fühlen.

Diese sehr verkürzte Auffassung ist historisch nicht haltbar: Immerhin war es der spätere Gründer der DPV, Carl Müller-Braunschweig, der eine Rettung der Psychoanalyse durch Anpassung an die nationalsozialistische Weltanschauung versuchte (Müller-Braunschweig, 1933; siehe Kapitel 4).

Weiterhin war

„keiner der am Berliner Institut bis 1933 ausgebildeten Mitglieder der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft [...] der NSDAP beigetreten - bei einem fast 50%igen Organisationsgrad der deutschen Ärzteschaft in dieser Partei.“  
(Rüger, 2008, S.252)

Tatsächlich waren die Verstrickungen der institutionalisierten Psychoanalyse mit dem Nationalsozialismus viel komplexer und durchaus nicht an das Verhalten einzelner in Deutschland verbliebener Psychoanalytiker\*innen gebunden. Nitzschke zeigt auf, dass die (teilweise vorauseilende) Unterwerfung der Psychoanalyse unter die nationalsozialistische Weltanschauung einer Strategie zur Rettung der Psychoanalyse folgte, welche von der DPG stets mit der Führung der IPV abgestimmt und von sowohl Anna als auch Sigmund Freud nicht nur gebilligt, sondern sogar gefordert wurde (Nitzschke, 1991, S. 34, 37, 39).

Der „moralische Freispruch“ von Müller-Braunschweig durch die IPV bestand darin, dass dessen DPV in die IPV aufgenommen wurde, die DPG hingegen nicht. Im Grunde legitimierte die IPV damit gleichzeitig rückwirkend ihre eigene Strategie.

Baumeyer fasst in seinem Rückblick auf 60 Jahre DPG zusammen:

„Es bleibt ein Rätsel, warum diejenigen Mitglieder der DPG, die später die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung gründeten, die Legende verbreiteten und noch verbreiten, daß das Dritte Reich die Psychoanalyse in Deutschland ausgetilgt habe, so daß sie erst nach 1950 wieder neu begründet werden mußte. Dabei hat ein Teil dieser Mitglieder, z.B. *Müller-Braunschweig*, *March* und *Scheunert*, mit dazu beigetragen, daß die Psychoanalyse auch während des Dritten Reiches erhalten blieb.“

(Baumeyer, 1971, S. 216)

Dies Rätsel kann erhellt werden, wenn man berücksichtigt, dass hier für die jeweiligen Persönlichkeiten eine emotional bedeutsame Sache mitverhandelt wurde, nämlich die Freistellung von persönlicher Schuld:

„Tief blicken lässt, was die intellektuelle, politische und emotionale Wandelbarkeit der gemeinsamen Geschichte betrifft, die Tatsache, dass sowohl die DPG als auch die DPV versuchten, ihre professionelle Unschuld durch Herstellung einer Verbindung zu der ‚heroischen‘ Gestalt des ermordeten John Rittmeister zu belegen.“

(Cocks, 2010, S. 45f.)

Gemeint ist damit, dass sich die Überlebenden in die Nähe eines eindeutigen Opfers des Nationalsozialismus rückten und somit ein wenig vom Widerstandsgeist des ermordeten Rittmeister auf sie abfärbte.

Umgekehrt gab es ähnliche Wahrnehmungsverzerrungen: Kernberg resümiert mit dem Abstand von vielen Jahrzehnten, dass die Haltung<sup>43</sup> der IPV gegenüber den deutschen psychoanalytischen Verbänden bis in die 70er Jahre hinein „ambivalent“ war:

„Während die DPV als ‚die guten Deutschen‘ akzeptiert wurde, mißtraute man der DPG als ‚den bösen Deutschen‘, die sich noch immer – so die Phantasie – nicht gänzlich von den professionellen Wurzeln losgelöst hatten, die in die Nachkriegszeit zurückreichten. [...] Psychologisch war bei der IPV das Gefühl vorherrschend, es sei immer noch 1945.“  
(Kernberg, 2007, S. 376)

Die inhaltliche Theoriedebatte bezog sich darauf, ob man die Psychoanalyse in ihrer reinen Form erhalten müsse (DPV) oder modernisieren solle (DPG).

Auch diese Verkürzung wird der Geschichte nicht gerecht. Rüger (2020, pers. Mitt.) weist darauf hin, dass die Gleichsetzung von DPG mit Neo-Psychoanalyse schon deshalb nicht korrekt ist, weil nach der Abspaltung der DPV die verbliebenen DPG-Mitglieder mehrheitlich *nicht* Neo-Psychoanalytiker\*innen waren (vgl. Baumeyer, 1971).

Die heiklen Auseinandersetzungen zwischen den Lagern bestimmte auch den von Lockot (2010) als „dünnes Eis“ bezeichneten Ausgangspunkt für den psychoanalytischen Dachverband DGPT:

„Die szenisch-dramaturgische Seite der Strukturierungsphase der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Bewegung in Deutschland gestaltete sich durch die Gründung der DGPT gegenläufig zu den heftigen Kontroversen um die Psychoanalyse, der Spaltung der DPG und der Neugründung der DPV [...] Ich bin mir nicht sicher, ob DPV und DPG auch ohne DGPT hätten überleben können. Trotz aller schweren Krisen entschieden sich die auseinanderstrebenden Gruppen schließlich doch immer wieder zur Zusammenarbeit in dieser Dachgesellschaft.“  
(Lockot, 2010, S. 1213)

Diese Mischung aus inhaltlichen und moralischen sowie machtpolitischen Kontroversen fand vor einem Hintergrund statt, der eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung verlangte. Diese wurde 1967 durch die Einführung der Psychotherapie-Richtlinien einheitlich implementiert. Für die Interessenvertretung der Psychoanalyse in diesem Prozess war ein funktionsfähiger Dachverband notwendig.

### **5.1. Psychotherapie-Richtlinie**

Während diese Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Berufsverbänden unvermindert fort dauerte, stieg im gesellschaftlichen Umfeld der Bedarf an Psychotherapie (oder die Wahrnehmung desselben). Denn die Kriegs- und Nachkriegszeit brachten auch vermehrt seelische Erkrankungen mit sich:

---

<sup>43</sup> Eine Haltung, die Rüger (2008, S.253) als „Phantasma“ bezeichnet.

„Eineinhalb Millionen Neurotiker wurden 1947 [Kemper, W., 1947b, S. 21] in Deutschland geschätzt. Allein in Berlin ging Kemper (1948) von 50000 Neurosekranken aus, von denen sich jährlich (1947) 1500 zur Behandlung meldeten.“

(Locket, 2013a, S.76)

Die nach Kriegsende weitgehend unregelte psychotherapeutische Versorgung (vgl. Locket, 2016, unveröff.) sollte daher durch verbindliche Regeln in die gesetzliche Krankenversicherung eingeholt werden. Die psychoanalytischen Berufsverbände waren zunächst darauf aus, Psychotherapie und Psychoanalyse in eins zu setzen:

„Die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie vertritt als wissenschaftliche Vereinigung in der Bundesrepublik und in Westberlin alle in dieser Disziplin unter bestimmten Weiterbildungsvoraussetzungen tätigen Fachkollegen, die analytische Psychotherapie in der Forschung, in der Ausbildung und wissenschaftlichen Weiterbildung, sowie die fachlich-beruflichen Interessen ihrer Mitglieder.

Die Gesellschaft stellt hiermit den Antrag, die analytische Psychotherapie als kassenübliche, ärztliche Heilmethode anzuerkennen. Unter analytischer Psychotherapie werden die Psychoanalyse im engeren Sinne und die unmittelbar von ihr abgeleiteten analytischen, d.h. aufdeckenden psychotherapeutischen Verfahren verstanden.“<sup>44</sup>

Damit war die bereits in Kapitel 4 beschriebene Kontroverse um die Psychotherapie zwischen Psychoanalyse auf der einen und Psychiatrie / Nervenheilkunde / ärztlicher Psychotherapie auf der anderen Seite erneut angefacht. Diese Berufsgruppen vertraten (obwohl grundsätzlich dem ärztlichen Stand zugehörig) ihre Interessen in verschiedenen Verbänden. Die psychoanalytischen Verbände DPG und DPV waren durch den Dachverband DGPT vertreten. Ärztliche Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychiatrie hatten je eigene Berufsverbände gegründet.

Der psychoanalytische Dachverband brachte also in die Diskussion als eine Art Maximalforderung ein, dass „Psychoanalyse im engeren Sinne“ - also in ihrer tendenzlosen Form – Kassenleistung werden sollte.

Locket (2016, unveröff.) weist darauf hin, dass es hier auch (und vielleicht vor allem) um eine Verhandlung über Honorarverteilung ging: Die vollständig ausgebildeten Psychoanalytiker\*innen hatten die Sorge, dass psychotherapeutisch/psychoanalytisch nicht aus- oder weitergebildete Nervenärzt\*innen Psychotherapie abrechnen würden, wenn die Kassen dies gestatteten.

1956/57<sup>45</sup> wurde mit der Einführung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ die ärztliche Psychotherapie formell etabliert. Es war damit möglich, eine (ärztliche) Weiterbildung unterhalb des Standards einer psychoanalytischen Ausbildung der therapeutischen Tätigkeit zugrunde zu legen. Damit war der Konflikt zugleich beigelegt und verschärft, denn die oben beschriebene Befürchtung der psychoanalytischen Community, dass nämlich Psychotherapie von nicht psychoanalytisch ausgebildeten Therapeut\*innen durchgeführt werden könne, wurde real. Der Konflikt drehte sich im Wesentlichen um die Ausgestaltung der Weiterbildung, hier insbesondere die Rolle der Lehranalyse, traditionell ein Kernstück der psychoanalytischen

---

<sup>44</sup> Schreiben von Dr. Brocher vom 05.12.1960 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Abschrift, Anlage zum Vorstands Rundschreiben Nr. 17 vom 06.12.1960). DGPT-Archiv.

<sup>45</sup> Die Zusatzbezeichnung wurde 1956 beschlossen und 1957 eingeführt.

Ausbildung. Hier war ein Kompromiss zu finden, wenn man die Psychotherapie als ärztlichen Zusatztitel einführen wollte.

Denn die Einführung des Zusatztitels Psychotherapie war alles andere als reibungslos, wie im Protokoll des 59. Ärztetages (21.-23.09.1956 in Münster) nachzulesen ist. Gerade die fehlende Einigung zwischen DGPT und AÄGP hinsichtlich der Lehranalyse diente der Psychiatrie, vertreten durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (DGPN<sup>46</sup>), als Argument dafür, die Ausbildung zur Befähigung der Psychotherapie an den Facharztausschuss zurückzuverweisen. Es wurde vorgeschlagen, die Ausbildung schwerpunktmäßig an den Universitäts-Nervenkliniken durchzuführen (vgl. Bundesärztekammer, 1956, S. 41f.).

Es war daher ein wichtiges Signal, dass es zwischen AÄGP und DGPT zu einer Einigung gekommen war:

**„Prof. Dr. Mitscherlich** – Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie: Herr Präsident, meine Damen und Herren! Die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie und die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie haben sich geeinigt! Sie haben sich geeinigt, einen Antrag zu stellen, der auch Ihnen zugegangen ist. Zu diesem ‚berühmten‘ Punkt der Lehranalyse sind die beiden Gesellschaften übereingekommen, dass es den namentlich zu nennenden Ausbildungsinstituten überlassen werden soll, ob sie eine Lehranalyse durchzuführen wünschen bei den entsprechenden Kandidaten oder nicht.“

(Bundesärztekammer, 1956, S. 42, Hervorhebung im Original)

Die Einigung bestand also darin, dass DGPT und AÄGP keine gemeinsam verbindlichen, sondern je eigene Qualifikationsrichtlinien erstellen konnten<sup>47</sup>. Es gab also keinen einheitlichen, verbindlichen Standard dafür, wie die Weiterbildung zum Zusatztitel „Psychotherapie“ auszugestalten sei, hierfür wurden den beiden Gruppierungen eigene Gestaltungsspielräume zugestanden. Damit war der Weg für einen Beschluss über den Zusatztitel „Psychotherapie“ freigeräumt, blieb aber dennoch nicht unwidersprochen. Trotz dieser Einigung gab es bei diesem Ärztetag noch zwei Änderungsvorschläge in die Richtung, die Psychotherapie als Zusatztitel ganz zu streichen oder aber den Nervenärzt\*innen vorzubehalten (Bundesärztekammer, 1956, S.69).

Das führte letztlich dazu, dass der Präsident des Ärztetages die Delegierten nachdrücklich dazu aufforderte, den Zusatztitel zu beschließen:

**„Prof. Dr. Neuffer** – Präsident des Ärztetages: Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Die Frage der Psychotherapie beschäftigt uns ja schon seit dem Jahre 1946. [...] Wir hatten damals eine sehr erregte Aussprache miteinander, und die Zeit war noch nicht reif, diese Zusatzbezeichnung hier schon zu beschließen. [...] Nun aber haben Sie gehört, daß eine Verständigung zwischen diese beiden Richtungen zustandegekommen ist. [...] Ich würde also dringend bitten, bestätigen Sie die Vorlage des Gesamtvorstandes und stimmen Sie dafür, daß die Zusatzbezeichnung ‚Psychotherapie‘ jetzt eingeführt wird.“

<sup>46</sup> Vorläuferorganisation der DGPPN

<sup>47</sup> Wie zuvor von Lockot für die Zusammenarbeit von DPG und DPV innerhalb der DGPT beschrieben (Lockot, 2010) kamen hier also konkurrierende (ärztliche) Verbände zusammen, um gemeinsame Ziele zu verfolgen. In den 1950er Jahren war das die Einführung des Zusatztitels „Psychotherapie“, 10 Jahre später war es die Einführung einer psychotherapeutischen Regelversorgung in der GKV.

(Bundesärztekammer, 1956, S.61, Hervorhebung im Original)

Diese Einigung zwischen der AÄGP und der DGPT war also eine wichtige Voraussetzung für die weitere Entwicklung der Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Trotz sehr verschiedener Vorstellungen über Psychotherapie und wer das im Kassensystem wie machen dürfen sollte, gab es also eine deutliche Bewegung aufeinander zu.

Anfang der 1960er Jahre fanden unter dem Vorsitz der KBV Verhandlungen statt über die Schaffung eines Tarifs für psychotherapeutische Leistungen, bei denen folgende Fachgesellschaften beteiligt waren: DGPN, DGPT, AÄGP, Berufsverband Deutscher Nervenärzte.

Für Walter Theodor Winkler, der bei diesen Besprechungen die AÄGP vertrat, waren diese beiden bedeutsamen Schwellen – die Einführung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie zum sonstigen Arzttitel 1956 und die Einführung der Psychotherapie-Richtlinien 1967 – besonders hervorgehobene Beispiele für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Psychiatrie und verschiedenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften (vgl. Winkler, 1982). Der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) kam dabei durch gemeinsame Kongresse mit der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (DGPN) *unter Einbezug der DGPT* eine Scharnierfunktion bei der Integration der Psychotherapie in die Medizin, aber auch bei der Befriedung des Konflikts zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse zu:

„Bei den Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wirkte sich die fortschreitende Verbesserung der Beziehungen zwischen der AÄGP und der DGPT sehr positiv aus.“  
(Winkler, 1977, S. 81).

Allerdings war diese Bewegung eine innerärztliche Angelegenheit – die Rolle der Psychologie in der Psychotherapie wurde dabei ausgeklammert. Die nichtärztlichen Psychotherapeut\*innen verloren also zunächst die unter Göring erlangten relativ sicheren Behandlungsmöglichkeiten (s. Kapitel 4) wieder, zumindest offiziell. Sehr deutlich wird dies in der Niederschrift einer dieser Besprechungen (vom 24.9.1962), in welcher klargestellt wurde, dass „Psychoagogik“ nicht in den Gebührenordnungskatalog aufgenommen werden könne,

„...wobei Herr Dr. Faber nochmals herausstellt, daß man selbstverständlich hier keine Regelung treffen wolle für die nichtärztliche Psychotherapie, die unter ‚Psychagogik‘ verstanden werden könne.“<sup>48</sup>

Der Einbezug der nichtärztlichen Psychotherapeut\*innen war zunächst ungeklärt, obwohl ihr Beitrag erneut aus versorgungspolitischen Erwägungen heraus nötig war. Eine Zwischenlösung war das „Verbergen“ der Nicht-Ärzt\*innen und hinter dem Begriff des „ärztlichen Hilfspersonals“. Lockot (2016, unveröff., S.10) weist darauf hin, dass im Rahmen von Einzelverträgen bereits vor der Einführung der PTRL auch Nicht-Ärzt\*innen an der Versorgung beteiligt blieben. Offiziell wurde jedoch erst 1972 durch das „Delegationsverfahren“ wieder eine Möglichkeit für Psycholog\*innen geschaffen,

---

<sup>48</sup> „Niederschrift über die Besprechung betr. einer Schaffung eines Tarifs für psychotherapeutische Leistungen auf dem Ersatzkassensektor mit den Fachgesellschaften mit den Fachgesellschaften am 24.09.1962 in Frankfurt/Main.“ DGPT-Archiv, Ordner Brocher 1962-64, unveröffentlicht, S. 6, Hervorhebung i.O.

Psychotherapie eigenständig, aber unter ärztlicher Leitung durchzuführen (vgl. Vogel & Wasem, 2004, S. 263; Faber & Haarstrick, 1989, S.83).

Parallel dazu wurde auf institutioneller Ebene eine Linie aufgegriffen, die mit der Gründung der psychoanalytischen Poliklinik 1920 in Berlin ihren Anfang nahm, vom „Deutschen Institut“ 1936 fortgeführt wurde und schließlich im 1946<sup>49</sup> gegründeten „Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Berlin“ mündete: Es ist dies die Verbindung von psychotherapeutischer Praxis und Forschung an einer ambulanten Stelle.

Im „AOK-Institut“ wurden zahlreiche Behandlungen für Menschen aus verschiedenen gesellschaftlichen Schichten angeboten. Die Behandlungen wurden dokumentiert und damit der wissenschaftlichen Forschung zugänglich gemacht. So konnte die Wirksamkeit von Psychotherapie im Sinne einer Kostenersparnis nachgewiesen werden: Menschen, die eine ambulante Psychotherapie erhielten, produzierten geringere Folgekosten durch stationäre Behandlungen oder Arbeitsunfähigkeiten als Unbehandelte.

Der Ansatz, das Einsparpotenzial von ambulanter Psychotherapie empirisch zu überprüfen, ist bis heute gültig: Auch die groß angelegte „TK-Studie“ zielte u.a. darauf ab, den „return of interest“ zu messen (vgl. TK, 2013). In berufspolitischer Hinsicht dürften es diese ganz pragmatischen, empirisch unterlegten Argumente gewesen sein, welche in einem „historischen Zeitfenster“ (Rudolf & Rüger, 2018) dazu geeignet waren, die Kostenerbringer ins Boot zu holen:

„Annemarie Dührssen hatte hier eine wichtige Funktion als Wissenschaftlerin, langjährige (zunächst stellvertretende) Leiterin eines großen psychotherapeutischen Ambulatoriums und als Ärztin. Als Wissenschaftlerin verstand sie es nicht nur, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen gegenüber dem Träger der Einrichtung, der AOK Berlin, überzeugend nachzuweisen (Dührssen 1962; Dührssen & Jorswieck 1965). Vielmehr war es für sie auch eine Selbstverständlichkeit, dass eine gesetzliche Krankenkasse die Mittel der Versichertengemeinschaft sinnvoll und zweckmäßig einzusetzen hat.“  
(Rüger, 2018, S. 68)

Die bereits angesprochenen Verhandlungen um eine Einführung eines Tarifs für Psychotherapie wurden zunehmend fokussierter, um auf pragmatische Weise die versorgungspolitischen Problemstellungen zu lösen. Dies wurde wesentlich befördert durch gesellschaftliche Rahmenprozesse. Nach dem sogenannten „Neurosen-Urteil“ des Bundessozialgerichtes von 1964 bestand die Notwendigkeit, die Finanzierung von Psychotherapie auf irgendeine Weise zu regeln. Vor dem BSG wurde damals ein Rentenbegehren aufgrund einer neurotischen Störung verhandelt. Das BSG legte in diesem Zuge die Auffassung von der Krankheitswertigkeit auch seelischer Störungen aus:

„Seelische Störungen, die die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in einer vom Betroffenen selbst nicht zu überwindenden Weise ‚hemmen‘, sind aber eine Krankheit im Sinne der §§ 27 AVG aF, 23 Abs. 2 AVG nF. Der Krankheitsbegriff dieser Vorschriften kann nicht auf die Beeinträchtigung der Gesundheit im körperlichen und geistigen Bereich beschränkt werden; er umfaßt auch die seelischen (seelisch bedingten) Störungen, wenn sie - wie körperliche und geistige Gesundheitsstörungen - durch Willensentschlüsse des Betroffenen nicht oder nicht

---

<sup>49</sup> Das spätere „AOK-Institut“ wurde durch einen Vertragsschluss zwischen der Versicherungsanstalt Berlin am 29.04.1946 gegründet. Gründungsname war „Institut für Psychopathologie und Psychotherapie“ (vgl. Dührssen, 1971, S.21).



mehr zu beheben sind. Dabei ist es ohne Bedeutung, ob die seelischen Störungen eine Fähigkeit, wie die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, ‚lediglich hemmen‘ oder sie ‚einschränken oder aufheben‘; in jedem Falle ist die Fähigkeit im maßgebenden Zeitpunkt beeinträchtigt, weil der Betroffene sie nicht entfalten kann“ (BSG, 1964, S.5).

Damit wurden die seelischen Krankheiten höchststrichterlich den körperlichen gleichgestellt. Das erzeugte die Notwendigkeit, im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (also im System der GKV) auch entsprechende Behandlungsangebote vorzuhalten. Die Frage war, wie dies mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu realisieren sei.

Im selben Jahr erschien eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte *Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin* (Görres et al., 1964), die im Wesentlichen zu dem Schluss kam, dass es einen hohen Bedarf an Psychotherapie, aber mangelhafte Ressourcen zu deren Durchführung gebe:

„Es fehlt an vorgebildetem Material, es fehlt an Räumlichkeiten und Zeit. Vor allem aber fehlt es an Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten“.  
(Heiß<sup>50</sup>, 1964, S.51)

Parallel zu dieser Bestandsaufnahme wurde auch die Psychologie untersucht: *Denkschrift zur Lage der Psychologie* (Hoyos, 1964). Tenor dieser zweiten Denkschrift ist, dass der Bereich der „Klinischen Psychologie“ eine andrängende Entwicklungsaufgabe für die damalige akademische Psychologie darstelle.

Diese beiden „Denkschriften“ als Bestandsaufnahme von psychotherapeutischer Praxis und akademischer Psychologie umkreisen auch die begrifflichen Voraussetzungen für die TP, was in Kapitel 5.2 genauer untersucht werden wird.

Es schien also einen großen Bedarf an Psychotherapie in Deutschland gegeben zu haben, welchen die ärztliche Psychotherapie kaum und schon gar nicht allein mit Psychoanalyse zu decken in der Lage war (Heiß, 1964). Dies führte fast zwangsläufig dazu, dass die „Behandelnden und Beratenden Psychologen“ auch in die psychotherapeutische Tätigkeit einbezogen werden mussten (Lockot, 2013a). Auf der anderen Seite jedoch wurde für die Psychologie konstatiert, dass es den Bereich der „Klinischen Psychologie“ überhaupt erst aufzubauen gelte, um zukünftig der gesellschaftlichen Aufgabe gerecht werden zu können, Psychotherapie anzubieten (Hoyos, 1964).

Vor diesem Hintergrund kam es nach jahrelangen Verhandlungen dazu, dass 1967 die ersten Psychotherapie-Richtlinien in Kraft gesetzt wurden (vgl. Rüger, 2002, 2010).

Ziel war es, eine möglichst flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung vorzuhalten. Abgegrenzt werden sollte und musste die Richtlinienpsychotherapie vor allem gegen eine „tendenziöse Analyse“, die aufgrund der im Prinzip nicht kalkulierbaren Stundenumfänge sowie der nicht auf Krankenbehandlung begrenzten Zielsetzung mit den Krankenkassen nicht zu verhandeln war:

„Psychoanalyse in ihrer ‚tendenziösen‘ Form hebt sich von der in den Richtlinien festgelegten – der Krankenbehandlung in einem bestimmten Versorgungssystem dienenden – analytischen Psychotherapie ab. [...] Verschiebt sich der Inhalt der therapeutischen Arbeit in Richtung psychoanalytischer Zielkriterien oder ist die

---

<sup>50</sup> In Druckerzeugnissen oft „Heiss“ geschrieben.

Behandlung von Krankheit abgeschlossen, [...] endet die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse zur Übernahme der Kosten“  
(Faber & Haarstrick, 1989, S. 38<sup>51</sup>)

Damit war das Ansinnen der DGPT, „Psychoanalyse im engeren Sinne“ in die PTRL aufzunehmen, gescheitert. Unter „Psychotherapie“ wurden zwei Behandlungsansätze (TP und AP) gefasst, welche sich gegen die Psychoanalyse, aber nicht untereinander abgrenzen ließen. Dörre (2020, pers. Mitt.) unterstreicht, dass dieser Umstand auch sprachlich nachvollziehbar ist am Wortlaut der ersten Psychotherapie-Richtlinien:

„Die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie **ist** dann eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und gehört zur kassenärztlichen Versorgung, wenn mit dieser Art der ärztlichen Behandlung allein oder neben anderer ärztlicher Behandlung Krankheiten im Sinne der RVO geheilt oder gebessert werden können.“  
(BMA, 1967, S. 499; Hervorhebung LH)

Durch die Formulierung, dass „tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie eine Leistung der Krankenversicherung *ist*“ (und nicht: *sind*) wurde verdeutlicht, dass mit den beiden Adjektiven der Begriff „Psychotherapie“ ausgelegt werden sollte. „Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ ersetzen *zusammen* den Begriff „Psychotherapie“. Der Begriff (und das Konzept) Psychoanalyse war nicht vorgesehen. Zugleich ist daran auch abzulesen, dass es noch keine ausdifferenzierte Vorstellung von TP und AP als voneinander abgrenzbare Verfahren gab<sup>52</sup>.

Die Psychotherapie-Richtlinien sollten also dazu dienen, ein flächendeckendes Angebot an Psychotherapie zu ermöglichen. Dabei war ein versorgungsrelevantes pragmatisches Problem zu lösen. Es war einerseits eine Begrenzung der von den Kassen bereitgestellten finanziellen Ressourcen zu beachten. Andererseits standen nur begrenzte Behandlungsplätze zur Verfügung. Dies wurde in der bereits erwähnten Bestandsaufnahme zur Lage der Psychotherapie sehr deutlich formuliert:

„Tausend Psychotherapeuten könnten mit den heute bekannten Methoden der analytischen Psychotherapie im Jahr etwa 10 000 bis 20 000 Kranke behandeln. Das ist im Verhältnis zum Bedarf eine sehr kleine Zahl, weil sicher mehr als ein Prozent der Bevölkerung, also mehr als ½ Million Menschen, unter schwereren neurotischen und psychosomatischen Krankheitssymptomen leiden, die einer analytischen Therapie zugänglich und bedürftig wären. Daraus folgt, dass die analytische Psychotherapie heute für die Volksgesundheit praktisch so gut wie bedeutungslos ist, [...], weil die gegenwärtige und die in Zukunft zu erwartende Zahl von Psychotherapeuten um ein Vielfaches geringer ist als der Bedarf.“  
(Görres, 1964, S.5)

Diese Ausgangslage einer Unterversorgung wurde auch bei der Konstruktion der ersten Psychotherapie-Richtlinien bedacht, wie aus der ersten Kommentar-Schrift zu den PTRL hervorgeht:

---

<sup>51</sup> Siehe Fußnote 3: Der „Faber/Haarstrick-Kommentar“ ist das relevante Erläuterungs- und Entwicklungswerk zu den Psychotherapierichtlinien. Er wird bis heute unter dem Namen der Erstautoren geführt, die maßgeblich an der Entwicklung und Einführung der PTRL beteiligt waren.

<sup>52</sup> Ich danke Steffen Dörre für den diesbezüglichen Hinweis.

„Nach den bisherigen Erfahrungen ist zu unterstellen, dass die Zahl der Patienten, für die eine ärztliche psychotherapeutische Behandlung nach den Richtlinien angezeigt erscheint, größer ist, als die Möglichkeit der Behandlung durch die begrenzte Zahl der vorhandenen erfahrenen ärztlichen Psychotherapeuten.“  
(Kohlhausen, 1967a, S. 2733)

Die Lösung des Problems gelang durch eine indikatorische und eine konzeptionelle Setzung. Es wurde zum einen der Bereich festgelegt, für den eine Indikation zur Psychotherapie anerkannt wird. Und es wurden konzeptionell tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie als *zwei* von der Psychoanalyse abgeleitete Ansätze formuliert, welche *gemeinsam* die Richtlinien-Psychotherapie darstellen..

Hinsichtlich der *Indikation* wurde festgelegt, dass nur ein aktuelles Krankheitsgeschehen Gegenstand der Richtlinienpsychotherapie (und zwar sowohl für TP als auch für AP) sein solle:

„Pauschal ausgeführt ist hiermit die in den Richtlinien wiedergegebene Einteilung zwischen Krankheit im Rechtssinne und den Zuständen, die keine Krankheiten sind, gemeint. Das Ziel der Psychotherapie bei Zuständen im Gegensatz zu Krankheit ist nicht, eine ‚Krankheit‘ zu beseitigen, sondern die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern oder eine Resozialisierung oder beides zugleich, zu erreichen. Die Psychotherapie kann bei diesen Fällen nach dem Gesetz keine Leistung der Krankenversicherung sein.“  
(Kohlhausen, 1967a, S. 2732)

Die grundlegende Bearbeitung der Persönlichkeitsstruktur, wie sie in der Psychoanalyse angestrebt wird, wurde ebenfalls für beide Verfahren ausgeschlossen:

„Maßnahmen, die auf eine Umstrukturierung der Persönlichkeit des Patienten - auch nach Beseitigung der aktuellen Störung - hinzielen, gehören nicht zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.“  
(BMA, 1967, S. 499)

Die *konzeptionelle* Lösung bestand darin, ein zweites Behandlungsverfahren zu schaffen, welches auch von Nicht-Psychoanalytiker\*innen durchgeführt werden konnte. Die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ sollte es ermöglichen, eine breite Versorgung anzubieten. Denn dies wäre, wie oben gezeigt, mit den personellen Mitteln voll ausgebildeter Psychoanalytiker\*innen zu diesem Zeitpunkt nicht zu machen gewesen. Daher war es also nötig, ein zweites von der Psychoanalyse abgeleitetes, aber auch von ihr abgrenzbares Therapieverfahren einzuführen, um einen größeren Kreis von Behandler\*innen zu erschließen. (vgl. Reimann & Rüger, 2012; Winkler, 1982; Faber, 1968; Kohlhausen, 1967a/b).

Für ein flächendeckendes Angebot mussten auch solche Therapeut\*innen zugelassen werden, die keine „vollwertige“ psychoanalytische Ausbildung nachweisen konnten, die aber den Bedarf an Psychotherapie zu decken bereit und in der Lage waren (vgl. Rudolf & Rüger 2016; Rüger et al. 2014; Dührssen 1994; Faber & Haarstrick 1989). Hier entfaltete die beschriebene Annäherung zwischen AÄGP und DGPT ihre volle berufspolitische Wirkung.

Dieser Diskussionsprozess ist innerhalb und zwischen den Berufsständen nicht ohne Schmerzen von statten gegangen, wie Faber in der zweiten Kommentarschrift zur PTRL berichtet:

„Schon die duale Gliederung in eine tiefenpsychologisch fundierte und eine analytische Psychotherapie, die nicht ohne emotionalen Aufwand diskutiert und kritisiert worden ist, kann als Frucht unserer Bemühungen um eine Adaptierung der Psychotherapie an die gesetzlichen Normen der Krankenversicherung angesehen werden.“  
(Faber, 1968, S.29)

Mit der Psychotherapie befasst waren zum Zeitpunkt der Einführung der PTRL im Wesentlichen zwei Gruppen von ärztlichen Psychotherapeut\*innen: Psychoanalytiker\*innen, die in DGPT-Instituten ausgebildet wurden, und Ärzt\*innen, die eine Weiterbildung gemäß den Richtlinien der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) durchlaufen hatten. Die Psychotherapie-Richtlinien stellten insofern eine Kompromisslösung für die Kontroverse zwischen ärztlicher Psychotherapie und Psychoanalyse insofern dar, als dass beide Behandler\*innengruppen berücksichtigt wurden:

„Beide Gruppen (etwas verkürzt: DGPT-Instituts-Ausgebildete und AÄGP-orientiert Weitergebildete) mussten sich in den Psychotherapie-Richtlinien wiederfinden.“  
Rüger (pers. Mitteilung, 2019)

Weder in den Psychotherapie-Richtlinien selbst noch in den ersten sie auslegenden Kommentaren (Kohlhausen, 1967a; Faber, 1968) wurde eine inhaltliche Differenzierung der beiden Ansätze „tiefenpsychologisch fundierte“ und „analytische Psychotherapie“ vorgenommen. Die beiden Begriffe treten in den ersten PTRL (BMA, 1967) *ausschließlich paarweise* auf. Das bedeutet, dass die Differenzierung zwischen TP und AP hinsichtlich Methodik/Behandlungstechnik sowie Indikationsbereich am Anfang noch nicht gegeben war. TP und AP bildeten *zusammen* „die Psychotherapie“, die als Kassenleistung angeboten wurde. Welcher Ansatz zur Anwendung kam, hatte mehr mit der Zuordnung der Anbieter zu einer der beiden erwähnten Gruppen (Psychoanalytiker\*innen oder Ärzt\*innen mit dem Zusatztitel Psychotherapie) zu tun als mit dem konkreten Behandlungsfall.

Dazu im Widerspruch steht folgende Ausführung von Kohlhausen (Verfasser der ersten Kommentarschrift zu den PTRL)<sup>53</sup>:

„Beide Verfahren haben ihre absolute Indikation. Ein Entweder-Oder ist ausgeschlossen. Bei der Wahl der Methode entscheidet also nicht die Ökonomie in zeitlicher oder materieller Hinsicht, sondern es sind ausschließlich die die theoretischen Grundlagen beider Verfahren für die Indikation maßgebend.“  
(Kohlhausen, 1967b, S. 232)

---

<sup>53</sup> Kohlhausen (1967a) hatte den ersten Teil einer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten „Erklärschrift“ zu den PTRL veröffentlicht; den zweiten Teil schrieb Faber (1968). Diese Artikel sind die ersten „Kommentare“ zu den PTRL, sie richteten sich an die Vertragsärzt\*innen, welche die Psychotherapie durchführen sollten. Kohlhausen (1967b) verfasste aber auch eine zweite Schrift zu den PTRL, welche in der Zeitschrift „Die Krankenversicherung“ erschien und die PTRL für die Kostenträger auslegte. Zwischen den beiden Schriften besteht hinsichtlich der Indikation von TP und AP oben beschriebener Widerspruch, der sich aus der jeweiligen Zielgruppe der Beiträge erklären könnte: So könnte die Botschaft von Kohlhausen an die Vertragsärzt\*innen die „Offenheit“ der Ansätze betonen, um die Therapeut\*innen zur Teilnahme an der Regelversorgung zu motivieren, während den Kostenträgern gegenüber klargestellt werden sollte, dass es keine „Beliebigkeit“ bei der Anwendung von Psychotherapie gibt.

Diese Aussage ist zumindest zweideutig; es klingt nach einer jeweils definierten Indikation für die beiden Verfahren. Offen bleibt jedoch, was mit den „theoretischen Grundlagen“ gemeint sein könnte.

Mit dieser Auslegung der Konzeption von TP und AP als Verfahren mit je eigenem Indikationsbereich setzt sich Kohlhausen jedoch in Widerspruch auch zu seiner eigenen Kommentierung der PTRL (Kohlhausen, 1967a), in welcher für TP und AP gemeinsame Indikationsbereiche festgelegt wurden. Die Vorstellung einer differenziellen Indikation darf daher eher als eine weitsichtige Vorwegnahme späterer Prozesse der Ausdifferenzierung verstanden werden (vgl. Rüger, 2020; s. Kap.6+7).

Die Konstruktion von TP und AP als undifferenzierte Richtlinienverfahren ermöglichte aber nicht nur, dass die verschiedenen Berufsgruppen sich wiederfinden konnten. Darüber hinaus eröffnete sie einen Entwicklungsraum für die TP. Die TP war, so ist in der zweiten Kommentarschrift zu den PTRL zu lesen, absichtsvoll „nicht festlegend“ aufgefasst, um spätere methodische Weiterentwicklungen zu ermöglichen:

„Die Psychotherapie-Richtlinien wollen also von vornherein nicht auf eine therapeutische Methode, nämlich die klassische Analyse mit obligater Übertragungs- und Widerstandsanalyse und der Begünstigung einer Übertragungsneurose, festlegen, sondern die Möglichkeit offenhalten, neue und vielleicht für die Kassenpraxis angemessenere Verfahren zu entwickeln. Auch mit Rücksicht auf die Kindertherapie und Familientherapie war es notwendig, eine Behandlungskategorie zu schaffen, die den Therapeuten methodisch nicht zu sehr festlegt.“

(Faber, 1968, S.29)

Die TP wurde also aus einer versorgungspolitischen Notwendigkeit heraus geschaffen, vor allem um ausreichend Behandlungskapazitäten zu erschließen.

Inhaltlich war die TP dabei eine „Leerkategorie“, die erst im Laufe der folgenden Jahrzehnte inhaltlich gefüllt wurde (vgl. Rüger, 2020; s. Kap. 1 + 6). Vor diesem Hintergrund ist es auch verständlich, dass es keine inhaltlich-theoretische Herleitung des Begriffs „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ gibt. Es lässt sich jedoch der Weg nachzeichnen, wie dieses Verfahren zu seinem Namen kam.

## **5.2. Begriff „Tiefenpsychologie“**

Die vorherigen Ausführungen haben gezeigt, vor welchem versorgungs- und berufspolitischen Hintergrund die TP erschaffen werden *musste*. Im Folgenden soll nachgezeichnet werden, auf welche Weise die TP zu ihrem Namen<sup>54</sup> kam.

Dazu muss die Verwendung des Begriffs „Tiefenpsychologie“ im Vorfeld der Einführung der TP als Richtlinienverfahren etwas genauer beleuchtet werden.

---

<sup>54</sup> Die Begriffe „tiefenpsychologisch“/ „Tiefenpsychologie“ werden in Kapitel 8 unter taxonomischen Gesichtspunkten diskutiert.

Der Begriff „Tiefenpsychologie“ wurde von Bleuler bereits 1910<sup>55</sup> in der Schrift „Die Psychoanalyse Freuds. Verteidigung und kritische Bemerkungen“ geprägt (vgl. Nitschke, 2016; Schröter, 2012; Küchenhoff, 2006)<sup>56</sup>.

Es war für die Verbreitung der Psychoanalyse (vor allem für die Anerkennung in der Medizin) bedeutsam, dass Bleuler als einflussreicher Psychiater<sup>57</sup> psychoanalytisches Denken als für die Psychiatrie nutzbar erachtete und die Psychoanalyse sogar gegen Angriffe in Schutz nahm:

„Man macht den Psychoanalytikern auch den Vorwurf der Überhebung. Es gibt nun Leute, die von einer „psychoanalytischen Kultur“, von der Psychoanalyse als einziger kausaler Therapie und ähnlichem gesprochen haben. Meine „Schizophrenie“ ist daran unschuldig. Dagegen habe ich den Ausdruck „Tiefenpsychologie“ zuerst gebraucht, und auch der soll eine Überhebung sein. Nun weiß aber jedermann - nur unsere Gegner sperren es ab - was der Ausdruck „Tiefe“ in bezug auf Seele sagen will. Das nämliche meine auch ich mit dem Ausdruck. Jetzt aber will ich die Überhebung begehen: Ich meine, daß die verschiedenen bisherigen Psychologien zur Erklärung der Zusammenhänge psychogenetischer Symptome und Krankheiten arg wenig geleistet haben, daß aber die Tiefenpsychologie ein Stück derjenigen erst noch zu schaffenden Psychologie gibt, welcher der Arzt bedarf, um seine Kranken zu verstehen und rationell zu heilen, und ich meine sogar, daß ich in meiner Schizophrenie einen ganz kleinen Schritt zu diesem Verständnis getan habe.“  
(Bleuler, 1914, S. 39)

Diesen Artikel Bleulers aufgreifend hat Freud in der Folge „Psychoanalyse“ und „Tiefenpsychologie“ zunächst synonym verstanden und verwendet:

„Da mit der „Tiefenpsychologie“ nichts anderes gemeint ist als die Psychoanalyse, können wir mit solchem Bekenntnis vorderhand zufrieden sein.“  
(Freud, 1914d, S. 83)

Sukzessive verschwindet jedoch der Begriff „Tiefenpsychologie“ aus Freuds Schrifttum (vgl. Küchenhoff, 2006). Rüger stellt diesen Umstand in einen theoriegeschichtlichen und berufspolitischen Zusammenhang:

„Sigmund Freud hat die Begriffe „Psychoanalyse“ und „Tiefenpsychologie“ zunächst über lange Zeit hin synonym behandelt. Allerdings scheint er dann später den Begriff „Tiefenpsychologie“ doch nach seiner Enttäuschung über den von ihm ursprünglich sehr geschätzten und mit großen Hoffnungen besetzten Eugen Bleuler zunehmend ambivalent erlebt zu haben. Eugen Bleuler hatte der „Psychoanalyse“ als aus seiner Sicht ein zu invasives Verfahren die „Tiefenpsychologie“ gegenübergestellt (vgl. S. Freud 1914). Möglicherweise hat dieser Dissens mit Eugen Bleuler mit dazu beitragen, daß der Begriff „Tiefenpsychologie“ sich in der weiteren Entwicklung der Psychoanalyse nicht durchgesetzt hat. Vielleicht liegt hier auch eine Wurzel für die relative Mißachtung, manchmal Abwertung, die die tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsverfahren von vielen Psychoanalytikern erfahren.“  
(Rüger, 2002, S. 13f.)

---

<sup>55</sup> Freud datiert die Schrift später auf 1911 (Freud, 1914d, S.81).

<sup>56</sup> Scharfetter (2006, S. 58) weist darauf hin, dass nicht genau belegt werden kann, in welchem Rahmen Bleuler diesen Begriff erstmals verwendet, schreibt die Urheberschaft aber ebenfalls eindeutig Bleuler zu.

<sup>57</sup> Bleuler war seit 1898 Direktor des „Burghölzli“ (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich), regte dort die Lektüre psychoanalytischer Schriften an. Wichtige Vertreter der Psychoanalyse arbeiteten zu verschiedenen Zeitpunkten am „Burghölzli“: Jung, Eitingon, Abraham, Ferenczi, Jones (vgl. Dührssen, 1994, S.48).

Die hier erwähnte Enttäuschung Freuds an Bleuler steht in direktem Zusammenhang mit der bereits beschriebenen Kontroverse zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse. Dadurch, dass die Psychoanalyse am renommierten Schweizer Klinikum „Burghölzli“ Anerkennung fand, sah Freud die Möglichkeit ihrer Anerkennung im Feld der Psychiatrie. Zugleich aber resümiert Freud bereits 1914 nicht überbrückbare Unterschiede:

„Ich habe die großen Verdienste der Züricher psychiatrischen Schule um die Ausbreitung der Psychoanalyse, des besonderen die von B l e u l e r und J u n g, wiederholt dankend anerkannt und stehe nicht an, dies heute, unter so veränderten Verhältnissen, von neuem zu tun. [...] Ich will es nicht unterlassen, auf einen Unterschied hinzuweisen, der schon damals in der Arbeitsrichtung der beiden Schulen deutlich war. [...] B l e u l e r hält meines Wissens auch heute an einer organischen Verursachung der Formen von Dementia praecox fest, [...].“  
(Freud, 1914d, S. 65 ff.)

Erneut sind also inhaltlich-konzeptionelle und behandlungstechnische Erwägungen verknüpft mit Fragen der berufspolitischen Geltung und der Verortung im wissenschaftlichen Diskurs. Dies berührt die in Kapitel 3 dargestellten Prozesse der psychoanalytischen Theoriebildung: Zu große Abweichungen von der „Normtheorie“ werden nicht akzeptiert und führen zu Spaltungsprozessen. Dass Bleuler im genannten Punkt die organische Ätiologie einer triebtheoretischen vorzog, war für Freud eine zu große Abweichung, als dass es für ihn noch akzeptabel gewesen wäre.

Wie in Kapitel 4 dargestellt, wurde während der NS-Zeit am „Deutschen Institut“ der Versuch unternommen, eine „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ zu begründen, welche ganz wesentlich auf psychoanalytische Konzepte zurückgriff, die Psychoanalyse selbst aber (und vor allem ihre jüdischen Theoretiker\*innen) weitgehend ungenannt zu lassen. Es wurde also nach einer „übergeordneten Kategorie“ für eine Sammlung von Therapieansätzen gesucht.

In der Nachkriegszeit und im Vorfeld der Einführung der PTRL war diese Suchbewegung weiter erkennbar<sup>58</sup>. Dabei kursierte der Begriff „Tiefenpsychologie“ als eine mögliche Sammelbezeichnung für Psychoanalyse sowie von ihr abgeleitete bzw. in Abgrenzung zu ihr entwickelte Therapieansätze, wie aus den im Folgenden beschriebenen Quellen ersichtlich wird.

In den bereits erwähnten Denkschriften der DFG wurde zum einen befunden, dass die „lerntheoretisch begründete Psychotherapie“ in der Praxis „in Deutschland noch fast unbekannt“ ist (Görres et al., 1964, S.8). Zum anderen wurde konstatiert, dass zwar die „Beratenden und Behandelnden Psychologen“ die größte Gruppe innerhalb der Psycholog\*innen darstelle (Hoyos, 1964, S. 38), dass die Entwicklung einer eigenständigen „klinischen Psychologie“ jedoch noch eine Zukunftsaufgabe für die akademische Psychologie darstelle (vgl. ebd., S. 41, 67).

Der übergeordnete Begriff für Psychotherapie, der hier gewählt wird, ist „Tiefenpsychologie“. Es werden darunter im Wesentlichen die in Kapitel 3 erwähnten „drei psychoanalytischen Schulen“ (Freud, Adler, Jung) verstanden:

„Besonderer Erwähnung im Rahmen dieser Untersuchung bedarf die *Tiefenpsychologie*, die sich aus historischen und sachlichen Gründen in einer systematischen Darstellung schwer unterbringen lässt. Seit der Begründung ihrer ältesten, erfolgreichsten und bekanntesten Schule, der Psychoanalyse, durch Sigmund Freud bemühte sie sich um die Erforschung und Behandlung der Neurosen. Die Tiefenpsychologie war daher zunächst eine Angelegenheit von Ärzten, obwohl sie von den Hochschulvertretern der Medizin lange Zeit hindurch abgelehnt wurde.

---

<sup>58</sup> Schultz-Hencke, zuvor am „Göring-Institut“ beschäftigt, wird in diesem Zusammenhang oft als Vertreter der „Neo-Psychoanalyse“ in Deutschland angesehen.

Die Methoden und Theorien ihres Begründers, die in einer Anzahl weiterer Schulen modifiziert und ergänzt wurden, von denen besonders die von C.G. Jung und Alfred Adler bekannt worden sind, leisteten so wesentlichen Beiträge zu den verschiedensten Gebieten der Psychologie, daß sie mit der Zeit zweifellos in ihr aufgehen werden.“

(Hoyos, 1964, S. 9, Hervorhebung i. O.)

Das bedeutet, der Begriff „Tiefenpsychologie“ steht hier als übergeordnete Bezeichnung für Psychoanalyse und aus ihr heraus entwickelte Ansätze.

Auch Heiß<sup>59</sup> (1956) nennt sein Lehrbuch „Allgemeine Tiefenpsychologie“. Er begreift die „Tiefenpsychologie“ dabei als übergeordnete Kategorie, welche sowohl die Freud'sche Psychoanalyse als auch deren Weiterentwicklungen einschließt. Das Gegenstück zur Tiefenpsychologie sieht er in der von ihm als „ältere Psychologie“ (Heiß, 1956, S.18) bezeichneten „Bewusstseinspsychologie“. Während er (selbst Psychologe und Mitautor der Denkschrift von Görres) also die akademische Psychologie als weitgehend klinisch beschreibt, wird die Tiefenpsychologie als „ärztliche Psychologie“ aufgefasst.

„Tiefenpsychologie“ könnte demnach ein Begriff für die aus der (ärztlichen) psychotherapeutischen Praxis abgeleitete Theorie sein. In diesem Sinne könnte die Psychotherapie als „Tiefenpsychologie“ auch einen eher schleichenden Einzug in die akademische Psychologie gefunden haben. Die Diplom-Prüfungsordnung von 1941 galt im Wesentlichen unverändert, bis 1973 die Kultusministerkonferenz neue „Rahmenrichtlinien“ vorlegte (Lück, 2020, S. 47f.). Der Teufel steckt hier im Detail: Denn es gab in den 60er Jahren durchaus Diplom-Prüfungsordnungen, welche als Fach „Tiefenpsychologie und Psychagogik“ aufwiesen (vgl. Fliegel, 2010; Hoyos, 1964). Das könnte den Schluss nahelegen, dass „schon immer“ Tiefenpsychologie im Rahmen des Psychologie-Studiums gelehrt worden wäre<sup>60</sup>. Dies ist indes nicht der Fall; die erste Diplom-Prüfungsordnung für Psychologie von 1941 enthielt das Fach „Pädagogische Psychologie und Psychagogik“<sup>61</sup>.

Tatsächlich wurde 1955 (also lange vor der grundlegenden Änderung der Diplom-Prüfungsordnung) das Fach „Tiefenpsychologie und Psychoagogik“ neben dem Fach „Pädagogische Psychologie“ eingeführt, wie aus einem Beschluss der Kultusministerkonferenz hervorgeht<sup>62</sup>.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie legte 1964 einen Entwurf für die Rahmen-Prüfungsordnung und 1967 einen für die Studienordnung vor. In beiden Vorschlägen ist das Fach „Tiefenpsychologie und Psychagogik“ beschrieben; es wird aber auch deutlich gemacht, dass regional sehr unterschiedliche Schwerpunktsetzungen an den Universitäten möglich sind (DGPs, 1964, 1967). So scheint es im Nachkriegsdeutschland sehr unterschiedliche Handhabungen bei der Implementierung von Psychotherapie (als „Tiefenpsychologie“) in der akademischen Psychologie gegeben zu haben.

Schulte (2020, pers. Mitt.) bekräftigt die „Tatsache, dass mit dem neuen Grundgesetz nach dem Kriege die Länder die Kulturhoheit bekamen. Es gab keine bundeseinheitliche Prüfungsordnung. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie beschloss lediglich Rahmenprüfungsordnungen. Die Universitäten konnten ihre Prüfungsordnungen individuell – mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde – beschließen.“

<sup>59</sup> Mitautor der „Denkschrift ärztliche Psychotherapie und psychosomatische Medizin“ (Görres, 1964).

<sup>60</sup> Diesem Irrtum sitzt auch Elliger (1985) auf, der in seiner Arbeit ansonsten sehr genau die Rezeption von Freud in der akademischen Psychologie untersucht.

<sup>61</sup> Deutsche Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung - 7.1941 (7), [online: [https://scripta.bbf.dipf.de/viewer/image/991084217\\_0007/270/LOG\\_0416/](https://scripta.bbf.dipf.de/viewer/image/991084217_0007/270/LOG_0416/); Zugriff 29.09.2020].

Auch die Erweiterung der DPO vom 22.03.1943 enthielt das Fach „Tiefenpsychologie“ nicht.

<sup>62</sup> „Diplomprüfungsordnung für Studierende der Psychologie. Beschluß der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder vom 7. 12. 1955“ (Beschlusssammlung der KMK Nr. 1915); KMK (Verw. A) Erg.-Lfg. Nr. 5 v. 27.4.1966



Es kann also angenommen werden, dass „Tiefenpsychologie“ im Rahmen der akademischen Psychologie als eine Art Sammelbegriff synonym für Psychotherapie fungierte, dass die Ausgestaltung und Verbreitung dieses Faches jedoch noch sehr uneinheitlich waren. In keiner der zugänglichen Quellen ist indes die Begriffskopplung „tiefenpsychologisch“ und „fundiert“ aufzufinden.

Im Feld der angewandten Praxis, also der ärztlichen Psychotherapie, waren jedoch noch weitere Begriffsbildungen in der Diskussion:

„Aber es scheint doch so zu sein, als handele es sich bei der dynamic psychiatry und psychology um diejenige Psychiatrie und Psychologie, die insbesondere von den Freudschen Positionen, aber sehr weitgehend auch unter Hineinnahme der Adlerschen, weniger der Jungschen, gestaltet worden ist. Das würde dann dem hier verwandten Wortsinn des „Analytischen“ voll entsprechen. (...) Auch im deutschen Sprachbereich ist ein Terminus aufgetreten, der in das hier behandelte Gebiet gehört. Nicht nur das, sondern er erhebt sogar vielfach den Anspruch, es als Ganzes zu betiteln. Gemeint ist der Ausdruck „tiefenpsychologisch“ als Beiwort und der andere: Tiefenpsychologie. Nicht so selten wurde sogar vorgeschlagen, im gleichen Sinne, wie oben erörtert, nicht von analytischer Psychotherapie, sondern von tiefenpsychologischer Psychotherapie zu sprechen. (...) Augenscheinlich hat sich dieser Terminus aber doch nicht durchgesetzt.“  
(Schultz-Hencke, 1951, S. 3f.)

Schultz-Hencke begreift sein 1951 veröffentlichtes „Lehrbuch der analytischen Psychotherapie“ als Weiterentwicklung der von ihm 1940 in erster Auflage vorgelegten Neurosenlehre (Schultz-Hencke, 1947). Es sei nunmehr möglich, die „Positionen Freuds, Adlers und Jungs zwanglos und gegenstandsgerecht amalgamieren zu können“ (Schultz-Hencke, 1951, S.IV). Das bedeutet, dass der in der NS-Zeit begonnene Prozess der „Zusammenfassung“ verschiedener (aus der Psychoanalyse abgeleiteter) Verfahren unter einen Sammelbegriff vorangetrieben werden sollte. „Analytische Psychotherapie“ ist demnach der 1951 von ihm gewählte Oberbegriff für alle psychoanalytischen (bzw. aus der Psychoanalyse abgeleiteten) Verfahren, während in der Schrift von 1940/47 noch zuweilen „Tiefenpsychologie“ als Oberbegriff auftaucht. Das heißt, Schultz-Hencke setzt hier den Begriff „Analytische Psychotherapie“<sup>63</sup> an die Stelle des Begriffs „Tiefenpsychologie“ als Oberkategorie für psychoanalytische Behandlungen. Der Begriff „tiefenpsychologische Psychotherapie“ (nicht: „tiefenpsychologisch *fundierte* Psychotherapie“) wird zwar benannt, aber verworfen.

Das bedeutet, die Begriffe „analytisch“, „tiefenpsychologisch“ und „dynamisch“ als erklärende Adjektive zur psychotherapeutischen Heiltätigkeit waren schon länger und auch mit Blick auf den internationalen Sprachgebrauch in der Diskussion.

Schultz-Hencke wurde für seine „Modernisierung“ der Psychotherapie innerhalb der psychoanalytischen Community stark kritisiert. Er gilt andererseits als wichtige Figur bei der Implementierung der Richtlinienpsychotherapie, maßgeblich durch sein Engagement am „AOK-Institut“ (vgl. Dührssen, 1994).

Inhaltlich berührt die begriffliche und theoretische Suchbewegung die weiter oben angesprochene Spannung zwischen Orthodoxie und Weiterentwicklung.

---

<sup>63</sup> Um die Begriffsverwirrung zu komplettieren sei erwähnt, dass nach dieser Terminologie die Richtlinienverfahren AP und TP als „analytische Psychotherapie“ zu bezeichnen wären. 1967 sind jedoch AP und TP als zwei zunächst undifferenzierte Verfahren eingeführt worden, welche erst 1987 in den Richtlinien unter den Oberbegriff „psychoanalytisch begründete Verfahren“ gestellt wurden (vgl. Faber & Haarstrick, 1989)

So wurde das von Alexander<sup>64</sup> und French 1946 vorgelegte Buch „Psychoanalytic Therapy“ sehr kritisch aufgenommen (vgl. Rüger, 2008). Die Autoren leiteten die Berechtigung weitgehender Modifikationen der „Standard-Psychoanalyse“ ab, indem sie Freuds Junktim von Heilen und Forschen auflösten. Die Argumentationslogik dabei war: Wenn genug geforscht worden ist, muss nicht mehr jeder Patient auch Forschungsgegenstand sein<sup>65</sup>. Die Unterscheidung zwischen „Standard-Psychoanalyse“ und modifizierter Psychotherapie wird letztlich aufgegeben:

„At the beginning of our collaborative investigation, there was a tendency among us to differentiate sharply between ‚standard‘ psychoanalysis and more flexible methods of psychotherapy. Gradually, however, it was recognized that in every case the same psychodynamic principles are applied for the purpose of therapy: inducing emotional discharge in order to facilitate insight, and exposing the ego to those unresolved emotional constellations which it has to learn to master. French was the first among us to state explicitly that there is no essential difference between the various procedures, that the differences lie merely in the extent to which the various therapeutic principles and techniques are utilized. In other words, we are working with the same theories and techniques, the same kit of tools, even though we are trying to refine them so that we can make them accomplish specific purposes more efficiently and in less time. We therefore regard all of the work set forth in this book as ‚psychoanalytic‘.“<sup>66</sup>  
(Alexander & French, 1946, S. vii)

Nach dieser Logik wäre für den Oberbegriff (unter Einschluss der Psychoanalyse im engeren Sinne) der Begriff „psychoanalytische Psychotherapie“ in Frage gekommen.

Es gab durchaus inhaltlich-methodische Überlegungen, wie den veränderten Bedarfslagen durch technische Modifikationen begegnet werden könnte. Am „AOK-Institut“ wurden verschiedene Ableitungen psychoanalytischer Techniken angewandt und beforscht. Annemarie Dührssen konzeptualisierte 1972 den daraus entwickelten Ansatz Therapie als „Dynamische Psychotherapie“:

„Es handelt sich um eine dialogische Therapie, bei der das pathogen bedeutungsvolle Erlebnismaterial des Patienten sowohl im freien Einfall wie durch stimulierende und klärende Fragen der therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht wird. Bei sehr flexiblem Arrangement hinsichtlich der Dichte der angesetzten Behandlungsstunden werden dem Patienten – trotz begrenzter Stundenzahl – die notwendigen Zeiten für Reifung und Umstellung bis zu Abschluß der Therapie gelassen. Kurzfristige regressive Vorgänge und aufkommende Übertragungsreaktionen werden dabei gleichermaßen genutzt.“  
(Dührssen, 1995, S.10)

---

<sup>64</sup> Franz Alexander galt als „Berliner Shootingstar“ beim 7. Internationalen Psychoanalytischen Kongress 1922 in Berlin; er wurde dort von Freud mit einem Preis ausgezeichnet (Schröter, 2007, S. 424).

<sup>65</sup> „With the advance of knowledge in this field, however, we can now use generalizations and principles tested by our extended experience to develop a more flexible and economical procedure adjusted to the individual nature of the great variety of neurotic patients“  
(Alexander & French, 1946, S. vii)

<sup>66</sup> Alexander & French (1946) beziehen sich bei ihren technischen Modifikationen auf Ferenczi & Rank (1924). Die offensichtlichsten „Abweichungen“ von der „reinen“ Analyse betreffen die Betonung der korrigierenden emotionalen Erfahrung, die Begrenzung der Stundenzahl sowie eine passagere Aufgabe der technischen Neutralität. Wie breit die hier vorgestellte Vorstellung von „psychoanalytic psychotherapy“ ist, mag das letzte Fallbeispiel in diesem Buch illustrieren: Hier wird eine einwöchige Narkosynthese mit Natriumpentathol zur Überwindung eines Kriegstraumas geschildert (Grinker, 1946, S. 325ff.). Dass es in der orthodoxen Psychoanalyse auf Widerspruch stieß, dies als psychoanalytisch zu bezeichnen, mag kaum verwundern.

Die „Dynamische Psychotherapie“ lag bei Einführung der PTRL noch nicht als Veröffentlichung vor – das mag ein Grund dafür sein, warum das zweite psychoanalytisch begründete Verfahren nicht so benannt wurde.

Festzuhalten ist, dass „Tiefenpsychologie“ als Oberbegriff für Psychotherapie zwar kursierte, in der Fachöffentlichkeit aber noch weitere Begrifflichkeiten im Gespräch waren. Die adjektivische Ableitung „tiefenpsychologisch“ lässt demnach keine eindeutige konzeptionelle Zuordnung einer so bezeichneten Psychotherapie zu. Ebenfalls gab es in der Fachdiskussion keine begriffliche Verknüpfung von „tiefenpsychologisch“ und „fundierte“.

### 5.3. Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“

Die obigen Ausführungen zeigen, dass die Begriffe „analytisch“, „psychoanalytisch“, „tiefenpsychologisch“ und „dynamisch“ im Vorfeld der Einführung der PTRL sehr uneinheitlich verwendet wurden. Vor allem in taxonomischer Hinsicht ging durcheinander, ob jeweils spezifische therapeutische Ansätze bezeichnet oder Oberbegriffe gesucht wurden. „Tiefenpsychologie“ scheint zumindest in der akademischen Psychologie im letzteren Sinne verwendet worden zu sein.

„Tiefenpsychologisch“ würde in diesem Sinne nicht ein anderes, von der Psychoanalyse abgeleitetes, von der analytischen Psychotherapie unterscheidbares Verfahren bezeichnen, sondern der laut Schultz-Hencke in der Fachöffentlichkeit verworfene Begriff „tiefenpsychologisch“ wäre eine *alternative* Bezeichnung gewesen für die „analytische Psychotherapie“<sup>67</sup>. Diese wiederum wird verstanden als Sammelbegriff für die drei psychoanalytischen Schulen nach Freud, Adler und Jung (vgl. Kap.3+5). Abgegrenzt wird die analytische Psychotherapie<sup>68</sup> gegen die sogenannten „pragmatischen Verfahren“ (v.a. Autogenes Training und Hypnose), welche im Unterschied zur analytischen Psychotherapie ohne zugrundeliegendes theoretisches Gerüst (Neurosenlehre) auskommen<sup>69</sup> (Schultz-Hencke, 1951, S. 7, 252ff.).

Allerdings sind es *nicht* diese theoretischen und methodischen Auseinandersetzungen, welche der TP ihren Namen verschafften. Insbesondere die Verknüpfung von „tiefenpsychologisch“ und „fundierte“ taucht in der Theoriedebatte nicht auf.

Die begriffliche Neuschöpfung „tiefenpsychologisch **fundierte** Psychotherapie“ hat eine andere Geschichte im Rahmen (bzw. im Vorfeld) der Einführung der Psychotherapie-Richtlinien.

In der Sekundärliteratur wird die Schaffung des Begriffs „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ Walter Theodor Winkler zugeschrieben. Winkler hat zum Thema „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ keine Primärschriften veröffentlicht. Die

---

<sup>67</sup> Als Oberbegriff verstanden, nicht im Sinne der PTRL als „Analytische Psychotherapie“ als Verfahren.

<sup>68</sup> Die in diesem Sinne als Oberbegriff verstandene „analytische Psychotherapie“ schließt „Psychoanalyse“ mit ein, während die „Analytische Psychotherapie“ als Richtlinienverfahren später gegen die Psychoanalyse abgegrenzt wurde.

<sup>69</sup> Die „pragmatischen Verfahren“ scheinen eine Vorgängerrolle für die später (dann allerdings mit eigenständiger Theorie) in die Richtlinien aufgenommene Verhaltenstherapie gespielt zu haben. In berufspolitischer Hinsicht waren es diese Verfahren/Methoden, die jenseits der ärztlichen Psychotherapie *und* der Psychoanalyse vor allem von Nervenärzt\*innen ohne vertiefte psychotherapeutische Ausbildung durchgeführt und abgerechnet werden konnten. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Schultz-Hencke (1951, S. 9) zufolge das Autogene Training als eine Art „diagnostischer Filter“ verwendet werden könne, um leichte von schweren Fällen zu unterscheiden. Das ist eine Idee, welche das gegenwärtig leidenschaftlich diskutierte Konzept des „stepped care“ vorwegnimmt (vgl. Scott, 2018).

Sekundärliteratur weist Winkler eindeutig als Urheber des Begriffs TP aus, ohne dass jedoch eine genauere Kontextualisierung oder gar inhaltliche Ausrichtung erkennbar wird.

So ist im „Faber/Haartsrick-Kommentar“ bis heute zu lesen:

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde mit den ersten Psychotherapie-Richtlinien 1967 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Der von dem Psychiater Theodor Winkler geprägte Begriff hat sich - ausschließlich - im deutschsprachigen Raum durchgesetzt und bezieht sich auf eine Gruppe von methodischen Ansätzen fokussierender und zielbegrenzter Anwendung analytischer Krankheits- und Behandlungslehre.“  
(Dieckmann et al., 2018, S.37)

Sowie:

„Mit der Einführung der Psychotherapie-Richtlinien 1967 wurden auf Vorschlag von Theodor Winkler unter dem Begriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ die psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren zusammengefaßt, die sich von der analytischen Psychotherapie durch eine niedrigere Behandlungsfrequenz und ein anderes Behandlungssetting unterscheiden.“  
(Rüger, 2002, S. 118)

Und:

„Die Bezeichnung „tiefenpsychologisch fundiert“ stammt von Walter Theodor Winkler (1914 - 1984), damals Vorsitzender der AÄGP, der als Sozialpsychiater Vertreter einer breit angelegten psychodynamischen Psychotherapie war und zu den maßgeblichen Initiatoren der Kassenregelungen für die Psychotherapie in Deutschland gehört (Persönliche Mitteilung von Helmut Enke, ehem. Präsident der AÄGP).“  
(Ermann, pers. Mitt., 2019)

Eine Quelle verortet die Begriffsprägung genauer:

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Begriff wurde erstmals auf dem Ärztetag 1966 von Walter Theodor Winkler verwendet. Die TP wurde definiert als ‚eine Anwendung der Psychoanalyse‘; allerdings wurde die TP als Behandlungsform anhand fach- und berufspolitischer Aspekte konzeptualisiert, nicht auf der Basis einer fachwissenschaftlichen Diskussion.“  
(Boll-Klatt & Kohrs, 2018b, S.16)

Die letztgenannte Einordnung ist indes nicht belegt: Auf dem 69. Deutschen Ärztetag 1966 in Essen ist Winkler nicht als delegierter Sprecher aufgetreten. In den Wortprotokollen der relevanten Tagesordnungspunkte (Gebührenordnung und Facharztordnung) wird das Thema Psychotherapie nicht behandelt (vgl. Bundesärztekammer, 1966). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Winkler den Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ in Nebengesprächen zum Ärztetag „unters Volk gebracht“ hat. Historisch nicht haltbar ist jedoch die Behauptung, dieser Begriff sei dort erstmals offiziell verwendet worden. Denn schließlich enthielt bereits die 1965 verabschiedete Gebührenordnung für Ärzte die TP als Abrechnungsziffer.

Die Quellenlage weist also Winkler eindeutig (und durch die teilweise persönliche Teilhabe am Begriffsbildungsprozess auch überzeugend) als Urheber des Begriffs „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ aus, ohne jedoch historische Belege dafür zu liefern und an einer

Stelle sogar mit einer historisch falschen Zuordnung. Daher mussten für die vorliegende Untersuchung weitere Quellen aufgetan und untersucht werden.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der Recherche für diese Arbeit Autor\*innen der Sekundärliteratur befragt und um weitere Quellenverweise gebeten, was persönliche und überlieferte Erinnerungen sowie weitere Primärquellen zutage brachte. Walther Theodor Winkler vertrat bei den erwähnten Verhandlungen bei der KBV die Interessen der AÄGP. Er war offenbar ein von allen Beteiligten akzeptierter Verhandlungspartner, dem es gelang, berufspolitische Klüfte durch zwischenmenschliches Geschick zu überbrücken.

Anhand unveröffentlichter Quellen lässt sich nachvollziehen, dass der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ *im Vorfeld* der Einführung der Psychotherapie-Richtlinien und im Rahmen von Diskussionen um Honorarhöhe und Abrechnungsgenehmigungen aufkam.

Verhandlungen um ärztliches Honorar sind eine heikle Angelegenheit, weil hier sehr verschiedene Interessen abgeglichen werden müssen. Seitens der Gesundheitspolitik und der Kostenträger wird eine einheitliche und sparsame Verteilung der Kosten angestrebt. Seitens der Ärzteschaft ist die Freiberuflichkeit/Honorarfreiheit mit einem Anspruch auf Honorarverbindlichkeit in Einklang zu bringen. Honorarverteilungskämpfe gibt es zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ebenso wie zwischen den Facharztgruppen (eine ausführliche Darstellung findet sich bei Heuft, Freyberger & Schepker, 2011).

Die Diskussion um die ärztliche Gebührenordnung beschäftigte die Delegierten der Deutschen Ärztetage im Vorfeld der Einführung der PTRL in den Jahren 1954, 1955, 1957, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966 (vgl. Bundesärztekammer, o. D.).

Auf dem Sektor der Ersatzkassen war 1963 eine Gebührenordnung erstellt worden, die sogenannte E-Adgo. Aufbauend auf der E-Adgo wurde 1965 die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erlassen<sup>70</sup>. Diese von der Politik gefundene Kompromisslösung hatte provisorischen Charakter, wie Nienhaus (der für die KBV in diesen Verhandlungen federführend war) berichtet:

„Die Kritik der Ärzte führte dazu, daß die damals amtierende Bundesgesundheitsministerin gelegentlich der Verkündung der GOÄ diese nur als eine „Übergangsgebührenordnung“ bezeichnete. Eine Reihe von Ärzten gab daraufhin der GOÄ den Kurznamen „ÜGO“. Wohl kein Mensch konnte damals ahnen, daß dieser „Übergang“ nahezu zwanzig Jahre dauern würde!“  
(Nienhaus, 1982a, S. 53)

Hinsichtlich der Psychotherapie sind es die bereits erwähnten Verhandlungen um das ärztliche Honorar, anlässlich derer die Verfahrensbegriffe TP und AP gefunden wurden.

In Kapitel 5.1 wurde bereits ausgeführt, dass in den Verhandlungen explizit die nichtärztliche Psychotherapie aus den Psychotherapie-Richtlinien ausgeklammert werden sollte.

Im Verlauf der Verhandlungen wurden aber auch die Interessenkonflikte zwischen den ärztlichen Gruppen deutlich, wie Niederschriften der Verhandlungen (vom 24.09.62) zeigen:

„Aus diesen Erfahrungen heraus bittet der Berufsverband der Niedergelassenen Nervenärzte, in den psychiatrischen Teil der Gebührenordnung für Ersatzkassen einzufügen:  
636\*) Psychotherapeutisches Gespräch (Mindestdauer 20 Min.)  
oder (alternativ): Psychotherapeutische Führung durch ärztliches Gespräch (Mindestdauer 20 Min.)

---

<sup>70</sup> Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. März 1965, S.89-123

637\*) Psychotherapeutische Behandlung mit besonderen Methoden (Hypnose, autogenes Training, Narkoanalyse und gleichwertige Methoden).

[...]

\*) Die unter Ziffer 636-638 ff. aufgeführten Leistungen dürfen nur bei nachgewiesener Vorbildung Anwendung finden. Diese ist als gegeben anzusehen bei allen Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, sowie bei denjenigen Ärzten, die sich die Berechtigung zur Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ erworben haben.“<sup>71</sup>

Dieses Ansinnen betraf die Befürchtung der „spezialisierten“ Psychotherapeut\*innen, dass andere Berufsgruppen – hier die Nervenärzt\*innen ohne psychotherapeutische oder psychoanalytische Weiterbildung – die Honorarpositionen zur Psychotherapie „mitabrechnen“ würden. Das mühsam ausgehandelte Einvernehmen zwischen AÄGP und DGPT (vgl. Kap. 5.1.) wurde dadurch ins Wanken gebracht. Entsprechend harsch klingt die Erwiderung:

„Herr Dr. Kohlhausen meint, ein sog. „psychotherapeutisches Gespräch“ maße sich fast jeder zu. Damit aber werde die ganze hier zur Debatte stehende Sache verdorben.“<sup>72</sup>

In diesem Diskussionsfeld wurde auch der Begriff TP gebildet. Winkler schlug dabei zwei Formulierungen vor:

„Aktive, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzelbehandlung)  
Dauer jeder Sitzung mindestens 30 Minuten.  
Gebührenvorschlag: DM 15,--  
Bei einer Sitzung von mindestens 60 Minuten doppelter Satz“<sup>73</sup>

sowie:

„Herr Prof. Winkler schlägt demgegenüber vor zu sagen „Aktiv aufdeckende tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“, denn dann sei auch der Unterschied zu den Ziffern 638 und 639b<sup>74</sup> herausgestellt.“<sup>75</sup>

Als Diskussionsergebnis wird 1962 letztlich festgehalten:

„645 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzelbehandlung), Dauer mindestens 30 Minuten 12,--  
645 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzelbehandlung), Dauer mindestens 60 Minuten 24,--  
646 Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Dauer mindestens 60 Minuten, bis zu 8 Patienten zulässig, je Patient 6,--  
647 Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung), Dauer jeder Sitzung 50 bis 60 Minuten 25,--  
647a Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung), Dauer jeder Sitzung 100 bis 120 Minuten 50,--  
648 Analytische Gruppenpsychotherapie, Dauer jeder Sitzung 50 bis 60 Minuten, Gruppe nur bis 8 Patienten zulässig, je Patient 6,--

---

<sup>71</sup> „Niederschrift über die Besprechung betr. einer Schaffung eines Tarifs für psychotherapeutische Leistungen auf dem Ersatzkassensektor mit den Fachgesellschaften am 24.09.1962 in Frankfurt/Main.“ DGPT-Archiv, Ordner Brocher 1962-64, unveröffentlicht, S.4, Hervorhebung i.O.

<sup>72</sup> Ebd., S.11, Hervorhebung i.O.

<sup>73</sup> Ebd., S.2

<sup>74</sup> Haarstrick hatte vorgeschlagen, die Ziffer 638 für die Analytische Psychotherapie zu verwenden, 639a für die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und 639b für Autogenes Training, Hypnose und übende Verfahren.

<sup>75</sup> „Niederschrift über die Besprechung betr. einer Schaffung eines Tarifs für psychotherapeutische Leistungen auf dem Ersatzkassensektor mit den Fachgesellschaften am 24.09.1962 in Frankfurt/Main.“ DGPT-Archiv, Ordner Brocher 1962-64, unveröffentlicht, S.6, Hervorhebung i.O.

648a Analytische Gruppenpsychotherapie, Dauer jeder Sitzung 100 bis 120 Minuten, Gruppe nur bis 8 Patienten zulässig, je Patient 12,--.<sup>76</sup>

Diese Diskussionen im Rahmen der Einführung von Psychotherapie und deren Honorierung auf dem Ersatzkassensektor verliefen letzten Endes ohne Ergebnis (Kohlhausen, 1967b, S. 231), bildeten aber die Vorlage, die dann auch in die bereits erwähnte „Übergangs-GOÄ“ von 1965 einging:

„758 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel- oder Gruppenbehandlung), Dauer mindestens 50 Minuten ..... 30,-  
759 Analytische Psychotherapie (Einzel- oder Gruppenbehandlung), Dauer mindestens 50 Minuten ..... 30,-  
Bei Gruppenbehandlung nach den Nrn. 758 und 759 ist das Honorar anteilig auf die Patienten umzulegen.“  
(Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. März 1965, S.111)

Die Definition der beiden Verfahren AP und TP in den Psychotherapierichtlinien greifen die Bezeichnungen dieser Gebührenpositionen auf. Andersherum ausgedrückt, bereiten die Honorarverhandlungen die Richtlinienformulierung vor:

„Vor Wirksamwerden der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) am 1.4.1965 waren es zunächst die Ersatzkassen, die vor einigen Jahren in Verhandlungen eintraten, um eine Regelung (Ergänzung zum Ersatzkassenvertrag) für die Gewährung von Psychotherapie zu erreichen. Diese Verhandlungen scheiterten. Ihr Ergebnis zu den sachlichen Erörterungen bildete aber die Grundlage für die im „Bundesanzeiger“ erschienenen Richtlinien für die Gewährung von Psychotherapie.“  
(Kohlhausen, 1967b, S. 231)

Dass der Begriff TP während dieser Verhandlungen um die Honorarpositionen entwickelt wurde, scheint sicher zu sein, wie auch Haarstrick rückblickend konstatiert:

„Der Notwendigkeit, eine fachlich qualifizierte Behandlung der Neurose zu erreichen und die Leistungsansätze der tiefenpsychologisch fundierten (dieser Begriff entstand erst während der Verhandlungen) und der analytischen Psychotherapie gegen Missbrauch zu sichern, konnte leider nur durch einen Gutachter – und das noch recht unvollkommen – entsprochen werden.“<sup>77</sup>

Es ist aus den verfügbaren Primärquellen nicht eindeutig abzuleiten, dass der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ tatsächlich *als erstes* von Winkler in die Diskussion eingebracht wurde. Ebenfalls offen muss bleiben, ob und in welchem Rahmen das Begriffspaar „tiefenpsychologisch“ und „fundiert“ schon zuvor diskutiert wurde. Die Urheberschaftszuschreibung für die Begriffsbildung findet erst sehr viel später statt, im ersten „Faber/Haarstrick-Kommentar“, der in Buchform erschien:

„Andererseits haben die Forderungen seitens der gesetzlichen Krankenversicherung fruchtbare Impulse für die Entwicklung der psychoanalytisch begründeten Verfahren gegeben. Zur Differenzierung der Therapieverfahren wurde z.B. der Begriff der „tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ (TH. WINKLER) mit den Richtlinien erst geschaffen.“  
(Faber&Haarstrick, 1989, S. 16).

---

<sup>76</sup> Ebd., S.14

<sup>77</sup> „Bericht über die Verhandlungen zur Einführung der Psychotherapie als Kassenpflichtleistung von R. Haarstrick vom 06.03.1968, Anlage Nr. 2 zum Mitgliederrundschreiben Nr. 1/1968.“ DGPT-Archiv, unveröffentlicht, 1968.

Da die Autoren bei den maßgeblichen Verhandlungen aktiv involviert waren, wirkt dies als glaubhafte Zuschreibung, weshalb in der vorliegenden Arbeit als geklärt erachtet wird, *wie* und *warum* die TP zu ihrem Namen kam. Nicht geklärt werden kann hingegen, warum es genau dieser Name sein sollte. Denn die von Kohlhausen benannten „theoretischen Grundlagen beider Verfahren“ (Kohlhausen, 1967b, S. 232) lagen nicht vor. Von Winkler gibt es keine Veröffentlichung, welche die theoretischen Grundlagen der TP umschreiben würde. Dies stellt einen Bruch dar zu der in Kapitel 3 beschriebenen psychoanalytischen Theoriebildung.

Es war nicht so, dass Winkler (und evtl. eine Gruppe Gleichgesinnter) anhand spezieller behandlungstechnischer Anforderungen eine Modifikation der psychoanalytischen Technik mit einem neuen Begriff belegt hätte. Sondern es scheint so, dass der Begriff eingeführt wurde, um die Rahmenbedingungen von Psychotherapie als Kassenleistung zu konstruieren. Dieses Rahmenwerk sollte entsprechend dazu dienen, abzugrenzen, wo die Leistungspflicht der Krankenkassen beginnt und wo sie endet (vgl. Kohlhausen, 1967a). Die Zuweisung von Indikationsbereichen zu den beiden Verfahren (vgl. Kohlhausen, 1967b) war bei Einführung der PTRL noch nicht vorhanden.

In Kapitel 1.2 wurde die Schaffung der TP als nicht festgelegte Behandlungskategorie als „Leerkategorie“ bezeichnet. Diese wurde allmählich mit Inhalt gefüllt:

„Aus heutiger Sicht lässt sich die Zeit von 1967 bis zum Ende der 90er Jahre für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Phase der Etablierung und Konsolidierung kennzeichnen. Das Behandlungsverfahren wurde theoretisch konzeptualisiert und ausdifferenziert.“

(Rüger, 2020, S. 17)

Zusammengefasst stellt sich die Geschichte des Begriffs TP und der dazugehörigen Theorieentwicklung wie folgt dar: Der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ wurde geschaffen im Rahmen von Verhandlungen darüber, welche Leistungen von wem zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden können. Die Notwendigkeit für diese Neuschöpfung ergab sich aus einem Versorgungsengpass an Psychotherapie. Der Begriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ war eine Art „Platzhalter“ für das als „Leerkategorie“ konstruierte *Verfahren*. Das sollte ermöglichen, auf sich wandelnde Versorgungsbedarfe durch behandlungstechnische Modifikationen flexibel reagieren zu können.

## **6. Konsolidierung der TP durch das Psychotherapeutengesetz**

Die folgenden Jahrzehnte zwischen Einführung der TP als Richtlinienpsychotherapie (1967) und der Einführung des Psychotherapeut\*innengesetzes (1998/99)<sup>78</sup> waren davon gekennzeichnet, dass es trotz umfangreicher Praxis kaum eine nennenswerte Theorieproduktion mit Blick auf die TP gab. Die wenigen Beiträge, die sich methodisch und konzeptionell mit der TP befassten, wurden in Fachzeitschriften veröffentlicht. Monografien / Fachbücher, die sich explizit mit der „tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ befassen, gab es bis zur Jahrtausendwende nicht<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> Das „Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311)“, das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist wurde als Artikel 1 G 2122-5/1 v. 16.06.1998 I 1311 vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen und trat mit Wirkung zum 01.01.1999 in Kraft.

<sup>79</sup> Die Lehrbücher von Dührssen (1972) sowie Heigl-Evers, Heigl & Ott (1993) stellen Ausnahmen dar. Beide Werke befassen sich mit einer von der Psychoanalyse abgeleiteten Psychotherapie. Allerdings wird in ihnen nicht die



Dabei sind grob zwei Linien eines konzeptionellen Verständnisses der TP zu verzeichnen.

So begreift Loch (1979) die TP als von der PA/AP rein quantitativ unterscheidbaren Ansatz. Eine TP wäre demnach nichts anderes als eine kürzere, begrenzte Psychoanalyse<sup>80</sup>.

Demzufolge bedürfte es auch keiner eigenständigen Theoriebildung, da sich die TP ja (wie die AP) auf die psychoanalytische Basistheorie(n) stützen würde. Es ist aus dieser Haltung heraus auch nicht möglich, die TP außerhalb einer psychoanalytischen Ausbildung zu lehren. Im Prinzip wird damit der in Kapitel 5 beschriebene Konflikt zwischen der ärztlichen Psychotherapie und der institutionalisierten Psychoanalyse neu aufgelegt.

Dem gegenüber vertreten Heigl-Evers und Heigl (1982) die Position, dass sich die TP zwar der psychoanalytischen „Basismethoden“ bedient, dass aber durch die neue Zusammensetzung und eine strukturierte Zielsetzung ein eigenständiges „Gebilde“ entwickelt hat, das sich auch methodisch und theoretisch beschreiben lässt. Somit lässt sich eine eigenständige theoretisch/methodische Skizze für die TP entwerfen, welche die Regelungen der PTRL sowie deren Auslegung im „Faber/Haarstrick-Kommentar“ berücksichtigt. Die Beschreibung der TP verläuft dabei entlang der bereits in Kapitel 1.1 beschriebenen Leitfragen von Indikation und Technik. Da diese „Neuzusammenstellung“ psychoanalytischer Basistechniken außerhalb der definierenden Bestimmungsstücke für TP und AP liegen (namentlich Regression und Übertragungsanalyse), ist nach diesem Verständnis die TP nicht nur ein eigenständiger Ansatz, sondern sie lässt sich auch außerhalb einer psychoanalytischen Ausbildung lehren.

Diese „Theoriedebatte“ wurde wie erwähnt nur sehr sporadisch geführt. Keine der Positionen kann eine Konsensfähigkeit für sich beanspruchen. Und doch wurde TP in der Praxis flächendeckend durchgeführt. Die Auseinandersetzungen darüber, was die TP denn sein solle und was sie leisten könnte, sollte nicht außerhalb von gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen betrachtet werden (vgl. Kletter 1996)

In Kapitel 4 wurde ein Zusammenhang von Versorgungsnotwendigkeiten und machtpolitischen Auseinandersetzungen verschiedener Berufsgruppen hergestellt. In der Auseinandersetzung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie konnte erstere durch die vergleichsweise einflussreiche Stellung des „Göring-Instituts“ eine Festigung ihrer Position erringen. Mit dem Göring-Erlass (1940/43, s. Kap. 4.2) wurden Psycholog\*innen zur Behandlung in nennenswerter Zahl zugelassen, obwohl die Psychotherapie eigentlich als ärztliche Tätigkeit definiert wurde. Das wurde in der Nachkriegszeit weitergeführt, wie in Kapitel 5 dargestellt: Mit Einführung der Psychotherapie-Richtlinien wurde die Psychotherapie weiterhin als hauptsächlich ärztliches Tätigkeitsfeld definiert, wobei weiterhin Psycholog\*innen nötig waren, um den Bedarf zu decken.

Allerdings war durch die Einführung der TP als „Leerkategorie“ auch eine Tür dafür geöffnet, Varianten der psychoanalytischen Heilbehandlung in die Regelversorgung aufzunehmen. Die Psychologie behielt weiterhin eine untergeordnete Rolle, Psycholog\*innen konnten aber durch das „Delegationsverfahren“ an der Versorgung beteiligt bleiben. Schulte (2019) beschreibt, dass sich in den drei Jahrzehnten zwischen der Einführung der Psychotherapie-Richtlinien und des Psychotherapeutengesetzes in mehreren Abschnitten ein Ringen um die

---

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ behandelt, sondern sie stellen ihre jeweiligen eigenen methodischen Ansätze dar, welche sich dann – sozusagen im Nachgang – als „TP“ bezeichnen lassen.

<sup>80</sup> Dies korrespondiert mit einer Einschätzung der TP als „kleiner Schwester“ der PA.

Ausübungshoheit über Psychotherapie entwickelte. Die Akteur\*innen dieser berufs- und gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung lassen sich dem medizinischen und dem psychologischen Berufsfeld zuordnen.

Das Machtgefüge veränderte sich 1999 mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes erheblich: Fortan waren Psychotherapeut\*innen mit psychologischer Grundausbildung den Fachärzt\*innen für Psychotherapie gleichgestellt. Das bedeutete berufspolitisch einen enormen Machtzuwachs der Psychologie gegenüber der Medizin. Die bis dato eher geduldeten nichtärztlichen Psychotherapeut\*innen bekamen einen festen Platz im Gesundheitssystem, verbunden mit eigenen Kassensitzen für Nicht-Ärzt\*innen.

### **6.1. Konkretisierung der TP**

Das „PsychThG“ wurde, wie bereits erläutert, 1998 beschlossen und trat zum 01.01.1999 in Kraft. Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes lässt sich als ein wichtiger Zwischenschritt in der Entwicklung der TP als Richtlinienpsychotherapie beschreiben.

Dass es nach jahrzehntelanger Kontroverse schließlich zur Einführung des Gesetzes kam, dürfte maßgeblich durch zwei Entwicklungslinien in den Jahrzehnten nach Einführung der Richtlinienpsychotherapie erklärbar sein (vgl. Faber&Haarstrick, 1989, S. 16):

Zum einen ist die Zahl der an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Psycholog\*innen seit (Wieder-)Einführung des Delegationsverfahrens 1972 stetig gewachsen. Hier hat erneut – wie 1940/1943 unter Göring (vgl. Kap.4) – ein Versorgungsengpass zu einem Einbezug der Berufsgruppe der Psycholog\*innen in die Psychotherapie geführt.

Zum anderen ist die 1980 in die Versorgung einbezogene und 1987 in den Richtlinien verankerte Verhaltenstherapie traditionell stärker in der Psychologie als in der Medizin verankert. Laut Schulte war bereits in den 1970er Jahren im Gefolge der Psychiatrie-Enquete die Psychologie kurz davor, ein Psychotherapeutengesetz durchzusetzen, seinerzeit auch getragen von einer starken Vertreter\*innengruppe der damals sehr populären Gesprächspsychotherapie (Schulte, 2019, S.8)<sup>81</sup>.

Mit Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 wurden drei anerkannte Verfahren (VT-TP-AP) und zwei eigenständige von einer ärztlichen Grundausbildung unabhängige gesetzlich geschützte Berufsbezeichnungen (Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) festgelegt.

Damit war die in Kapitel 4 beschriebene „Frage der Laienanalyse“ vorerst beantwortet: Eine ärztliche Grundausbildung ist seitdem nicht mehr Voraussetzung für die Durchführung von Psychotherapie. Eine psychologische Grundausbildung führte bei entsprechender Weiterqualifizierung (nach diesem Gesetz: Ausbildung) zu einer Gleichstellung mit den Fachärzt\*innen. Das kann als „Etappensieg“ der Psychologie über die Medizin im „Kampf um die Psychotherapie“ aufgefasst werden. Das Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung von 2019 kann als direkte Fortschreibung dieses Prozesses verstanden werden, denn damit wird die Psychotherapie explizit an den psychologischen Fakultäten akademisch verankert.

Die machtpolitische Auseinandersetzung könnte auf der einen Seite in der Definitionsmacht über den Inhalt bestehen („Was ist Psychotherapie?“) und auf der anderen Seite darin, wer die Psychotherapie durchführen darf, welche Berufsgruppen also Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Versicherungen zu erbringen befugt sind („Wer darf Psychotherapie abrechnen?“).

---

<sup>81</sup> Darüber hinaus dürfte für die Einführung des Psychotherapeutengesetzes auch die gesellschaftliche Aufgabe eine Rolle gespielt haben, die Psychotherapeut\*innen aus der DDR in das Gesundheitssystem einzubeziehen (vgl. Maaz, 2011; Geyer, 2011).

Die Psychologie ist prinzipiell in der Lage, Psychotherapie aus philosophischer, naturwissenschaftlicher, geistes- und sozialwissenschaftlicher Perspektive zu reflektieren. Schulte (2019) beschreibt, dass gesellschaftspolitisches Engagement ein wesentliches Kennzeichen derjenigen gesellschaftlichen Gruppen war, die sich um die Einführung eines Psychotherapeutengesetzes bemühten. Eine starke Verbindung habe es zu den psychologischen Instituten gegeben. So versteht es auch Schubenz (1993, 2020a) als eine der wichtigsten Aufgaben der akademischen Psychologie, ein vom medizinischen abgrenzbaren psychologischen Krankheitsbegriff zu beforschen, welcher die gesellschaftspolitische Dimension konsequent berücksichtigt. Dem gegenüber wäre anzunehmen, dass die Medizin sich traditionell vor allem naturwissenschaftlicher Begründungszusammenhänge bedient.

Diese Annahme scheint jedoch zu schematisch. Einerseits gibt auch an und innerhalb der Psychologie Kritik an einer naturwissenschaftlich-medizinischen Ausrichtung (vgl. Tschuschner, 2005; Marzillier, 2004). Andererseits sind auf Seiten der Medizin (Psychiatrie) Tendenzen zu einer gesellschaftspolitischen und historischen Kontextualisierung zu verzeichnen (vgl. Weinmann, 2019; Brähler & Herzog, 2018; Helmchen, 2017; Maio, 2017).

Mit Blick auf die personale Entwicklung – den Anteil an der Versorgung – hingegen ist der „Sieg der Psychologie“ sehr deutlich zu erkennen: Heute wird Psychotherapie ganz überwiegend von Psychologischen Psychotherapeut\*innen durchgeführt. Im Bundesarztregister sind rund 18.000 Vertragspsychotherapeut\*innen und 5.000 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen, aber nur rund 6.000 ärztliche Psychotherapeut\*innen verzeichnet. Damit ist das noch von Freud als 80:20 angegebene Verhältnis von Ärzt\*innen und „Laien“ heute genau umgekehrt (vgl. Freud, 1926; KBV, 2017b).

Die TP, in der Zeit bis zur Jahrtausendwende konkretisiert und als Versorgungsleistung etabliert (Rüger, 2020), erfuhr in der Folge des Gesetzes einen weiteren Entwicklungsschub. Dabei hatte das Psychotherapeutengesetz eine widersprüchliche Wirkung auf die TP. Auf der einen Seite bedeutete die Einführung des Gesetzes, dass zukünftig alle psychotherapeutische Tätigkeit streng auf die Regularien von PTRL und Psychotherapeutengesetz auszurichten waren. Ausbildung und Durchführung von Psychotherapie erhielten verbindliche Leitplanken. Im Gutachterverfahren wurde – vermittelt über die Prüfkriterien Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – zugleich auch die Richtlinienkonformität der geplanten Behandlungen beurteilt. Das bedeutete konkret, dass zuvor in anderen Finanzierungsformen durchgeführte Behandlungen (z.B. Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie aber auch die vor allem in Familienberatungen weit verbreitete systemische Therapie) das Kriterium der Zweckmäßigkeit nicht erfüllten, da nur die drei definierten Richtlinienverfahren zulässig waren.

Auf der anderen Seite erschloss das Gesetz aber auch neue Möglichkeiten, die TP als versorgungsrelevanten Ansatz auszuweiten. Es wurde möglich, auf Qualifikationsebene verschiedene Ansätze unter dem Dach der TP zu vereinen: Therapeut\*innen, die sich eigentlich anderen als den zugelassenen Richtlinien-Verfahren zugehörig fühlten (z.B. Gesprächs- oder Gestalttherapie) konnten im Rahmen einer Übergangsregelung vergleichsweise leicht eine Approbation mit der Fachkunde TP (oder, je nach persönlicher Neigung, auch in VT) erlangen. Über diesen Umweg der persönlichen Präferenzen wurde die TP – zumindest in den Jahren unmittelbar nach der Einführung des Psychotherapeutengesetzes – konzeptionell breiter (oder kritisch gesagt: unschärfer) aufgestellt: behandlungstechnische Elemente aus anderen als „psychoanalytisch begründeten“ Verfahren erhielten Einzug in die TP einfach dadurch, dass es nun Therapeut\*innen gab, welche diese anwendeten (vgl. Rudolf, 2019; Hoffmann, 2017; Lieberz, 1998). Vor diesem Hintergrund der Verwobenheit von theoretischen Strömungen mit den in der Versorgung tätigen Personen wird im Folgenden genauer untersucht, wer die TP eigentlich durchführt.

## **6.2. Berufsgruppenentwicklung in der TP**

In der Rückschau (Rüger, 2020) kann die Zeit zwischen der Einführung der PTRL (1967) und der Einführung des PsychThG (1998/99) als eine Zeit des „Füllens der Leerkategorie“ (s. Kap. 1.2) aufgefasst werden. Wie beschrieben, wurde dieser Prozess aber wenig theoretisch reflektiert und/oder konzeptionell begleitet. Die TP entwickelte sich sozusagen nach dem Prinzip „development by doing“. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle untersucht werden, wer die Durchführenden dieser Praxis waren, um den Einfluss der Praxis auf die konzeptionelle „Werdung“ der TP zu beleuchten. In Kapitel 5 wurde dargestellt, dass die Richtlinienpsychotherapie zunächst für die ärztliche Zunft konzipiert wurde. TP wurde dementsprechend zuerst vornehmlich von Ärzt\*innen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie durchgeführt. Nachdem es, wie beschrieben, eine Ausweitung auf nichtärztliche Berufsgruppen gab, stellt sich die Frage, wer die TP konkret in der Versorgung durchführt. Hier können aus soziologischer Perspektive verschiedene „Kohorten“ ausgemacht werden (vgl. Hauten, 2018). Zunächst wurde die TP von Ärzt\*innen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, aber ohne psychoanalytische Ausbildung durchgeführt. Dies war eine Folge der in Kapitel 5 beschriebenen Kompromissbildungen zwischen den verschiedenen ärztlichen Standesvertretungen bei der Einführung der Richtlinienpsychotherapie.

Mit Einführung des Psychotherapeutengesetzes entstand für die Leistungserbringer die Notwendigkeit, sich für eine der drei Verfahrens-Kategorien zu entscheiden. Durch Nachweis von Fachkunde und Berufspraxis war es im Rahmen einer Übergangsregelung möglich, sich als „Richtlinientherapeut\*in“ zu definieren. Für die psychologischen Therapeut\*innen war damit die Erteilung einer Approbation verbunden. Erstmals in der Geschichte der Psychotherapie erhielten Nichtärzt\*innen einen den Ärzt\*innen gleichwertigen und eigenständigen Zugang zum System der GKV. Dies erschloss die Möglichkeit, diversifizierte theoretische und behandlungstechnische Wurzeln in die Behandlungspraxis unter dem Label TP einzubringen. Die zweite „Kohorte“ an TPLern setzt sich aus solchen Therapeut\*innen zusammen, die ihrer Herkunft nach eine andere als eine psychodynamische Grundausrichtung mitbrachten (z.B. humanistische bzw. Gesprächs-Psychotherapie, Gestaltpsychologie, Körperpsychotherapie). Damit verbunden ist eine Variante des pragmatischen Eklektizismus, wie er in Kapitel 3 für die Verhaltenstherapie beschrieben wurde – was durchaus auch kritisiert wird (vgl. Hoffmann, 2017; Rudolf, 2019).

Mit dem Psychotherapeutengesetz war auch der Startschuss erfolgt für die Gründung spezieller psychologischer „TP-Institute“. Zuvor wurde die Fachkunde TP entweder als „Nebenprodukt“ der psychoanalytischen Ausbildung oder im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung in Psychotherapie erworben. Die Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) vereint 2020 mehr als zwanzig Ausbildungsinstitute unter ihrem Dach. Personell getragen werden die Institute gleichermaßen von „alten“ Übergangsreglern, von Psychoanalytiker\*innen sowie inzwischen auch vom „selbst produzierten“ Nachwuchs, also von Psychotherapeut\*innen, die eine ausschließlich tiefenpsychologische Ausbildung durchlaufen haben. Das ist die dritte Gruppe an TPLern: Psychotherapeut\*innen, die um ein spezifisches Profil der TP ringen, sich dabei selbstbewusst auf einen erkennbaren Bedarf in der Versorgung beziehen (vgl. Schauenburg et al., 2019).

Eine vierte und eine fünfte Kohorte sind derzeit nur schemenhaft erkennbar: Das sind zum einen die Master-Absolvent\*innen in Psychologie, die zwar einer psychoanalytischen Ausbildung zugeneigt sind, aus vornehmlich pragmatischen (finanziellen) Erwägungen heraus aber eine dreijährige psychotherapeutische Vollzeit-Ausbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nachfragen. Diesen Bedarf können die TP-Institute allein nicht bedienen, so dass sich die psychoanalytischen Institute dieser Herausforderung zunehmend und in unterschiedlicher Flexibilität zu stellen beginnen. Welchen Einfluss diese neue Gruppe an „TPLern innerhalb der Psychoanalyse“ haben werden, ist derzeit noch nicht abzusehen.

Ebenso wenig voraussagbar ist die Rolle der TP im Rahmen der 2020 (in Folge der Reform des PsychThG von 2019) installierten „Direktausbildung“. Ab 2026 werden die ersten Masterabschlüsse in Psychotherapie abgelegt werden, die konsekutiv auf einen Bachelorabschluss nach dem 2019 novellierten Psychotherapeutengesetz aufbauen. Möglicherweise werden bereits im Jahr 2023 Masterabschlüsse nach den neuen gesetzlichen Regelungen abgelegt werden, die auf einem polyvalenten Bachelor nach den alten Studienordnungen aufbauen. Es bleibt abzuwarten, ob durch die neuen Regelungen eine „Trendwende“ in den Präferenzen der Studierenden einsetzen wird (vgl. Lebiger-Vogel, 2016). In welcher Weise die zukünftig sehr praxisorientiert und verfahrensbreit ausgebildeten Psycholog\*innen als Durchführende von TP das Verfahren selbst verändern werden, ist aktuell nicht abzusehen.

Zusammengefasst ist die Entwicklung der „personelle Besetzung“ der TP an verschiedenen Stationen ablesbar:

Bei Einführung der PTRL 1967 führten vor allem ärztliche Psychotherapeut\*innen ohne vollumfängliche psychoanalytische Ausbildung die TP durch.

In Folge des Psychotherapeutengesetzes wurden ab 1999 zunehmend „Übergangsregler“ (Ärzt\*innen sowie Psycholog\*innen) mit diversifizierten theoretischen Wurzeln in die Durchführung der TP einbezogen.

Seit etwa 2005 nehmen Psycholog\*innen mit einer an DFT-Instituten absolvierten Ausbildung ausschließlich in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie an der Versorgung teil.

Seit etwa 2010 wird die TP-Ausbildung in psychoanalytischen Instituten auch von Master-Absolventen in Psychologie nachgefragt.

Ab 2023/26 werden Absolventen der neuen universitären Psychotherapie-Ausbildung die Weiterbildung in TP durchlaufen.

Das bedeutet, die TP ist heute vor allem durch berufsgruppenbezogene Prozesse als psychologische Psychotherapie implementiert.

Deutlich an den Zahlen ablesbar ist, dass Psychotherapie gegenwärtig überwiegend von Psycholog\*innen durchgeführt wird (vgl. KBV, 2017b). Welches Wissenschaftsverständnis sich zukünftig in der akademischen Psychologie/Psychotherapie durchsetzen wird, ist derzeit noch offen.

## **7. Sortierung des Feldes im 21. Jahrhundert**

Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 kann als Vorbedingung dafür verstanden werden, dass die TP heute vor allem als psychologische Psychotherapie aufgestellt ist. Im Feld der Psychotherapie insgesamt sind seitdem widersprüchliche Prozesse zu verzeichnen.

Auf der einen Seite führte die nunmehr per Gesetz vorgenommene Definition von zur Versorgung zugelassenen Richtlinienverfahren zu einer Verschärfung des sogenannten „Schulensstreits“ (vgl. Grawe, 1994) in der Psychotherapie. Bei der Einführung der Richtlinienpsychotherapie 1967 waren zwei Verfahren konzeptionell festgelegt worden (s. Kap. 5). 1987 wurde die Verhaltenstherapie als weiteres Richtlinienverfahren zugelassen. Die Festlegung der zugelassenen Verfahren war zwar mit Bezug auf die in §12 des fünften Sozialgesetzbuchs vorgeschriebenen Kriterien „Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit“ erfolgt, die Psychotherapie-Richtlinien selbst aber haben nur den „Legal-Status“ einer untergesetzlichen Norm, also keine direkte Gesetzeskraft. Mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 war erstmals eine klare gesetzliche Regelung hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren verbunden:

„Soweit nach diesem Gesetz die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung der zuständigen Behörde ist, soll die Behörde in Zweifelsfällen ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirates treffen, der gemeinsam von der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ärztlichen Psychotherapeuten in der Bundesärztekammer gebildet wird.“

(§11 des PsychThG idF vom 16.6.1998).

Dadurch wurde ein zweistufiges Anerkennungsverfahren für Psychotherapie-Ansätze implementiert, die berufs- und die sozialrechtliche Anerkennung.

Die Wissenschaftlichkeitsprüfung durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ (WBP) führt dabei in einem ersten Schritt dazu, dass die Anwendung des geprüften Verfahrens berufsrechtlich überhaupt zulässig ist – unabhängig von der Finanzierung. Der WBP erhielt damit eine große Macht bei der Anerkennung von Psychotherapieverfahren. Zugleich wurde die Gleichstellung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut\*innen durch die paritätische Besetzung des Beirates abgebildet. In einem Methodenpapier veröffentlichte der WBP 2010, welche Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung zugrunde gelegt werden; zugleich wurde die begriffliche Unterscheidung von Verfahren, Methode und Technik präzisiert (vgl. WBP, 2010).

Erst im zweiten Schritt (im Rahmen der sozialrechtlichen Anerkennung durch den G-BA) wird festgelegt, welche Verfahren auch für die Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden.

Neue Verfahren werden nur in die Versorgung aufgenommen, wenn beide Anerkennungsverfahren durchlaufen wurden. Konkret haben sich die Systemische Therapie und die Humanistische Psychotherapie (als Sammelbegriff für mehrere Therapieansätze<sup>82</sup>) seit Einführung des Gesetzes um diese Anerkennung beworben. Während es der Systemischen Therapie gelungen ist, 2019 auch sozialrechtlich anerkannt und 2020 als Richtlinienverfahren zugelassen zu werden (vgl. G-BA, 2018), ist dies der Humanistischen Psychotherapie bis heute nicht gelungen (vgl. WBP, 2018). In der Folge der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 wurden auch die bereits etablierten Verfahren einer Wissenschaftlichkeitsprüfung durch den G-BA unterzogen (siehe dazu auch Kapitel 7.2).

Das bedeutet, dass die Auseinandersetzung darüber, wer mit welchen Verfahren an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen darf, nicht mehr zwischen den Berufsgruppen, sondern zwischen den Verfahren verhandelt wurde. Die „Schulenstreits“ sind dabei eng verwoben mit der Teilhabe an der Versorgung. Sie sind demnach nicht nur theoretisch-inhaltlicher Natur, sondern haben auch praktisch-wirtschaftliche Auswirkungen: Die Zulassung zur Versorgung entscheidet auch darüber, welche Psychotherapieverfahren „am Markt bleiben“.

Auf der anderen Seite ist im Bereich der Theorieentwicklung im Feld der Psychotherapie etwa seit der Jahrtausendwende eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten, die eher auf ein Überbrücken als auf eine Vertiefung der Gräben zwischen den psychotherapeutischen Ansätzen hindeutet.

Der erste Versuch, aus der Untersuchung der „common factors“ heraus eine einheitliche Psychotherapie zu schaffen (v.a. Norcross, 1986 sowie Grawe, 1994), hat so nicht funktioniert.

---

<sup>82</sup> Gesprächspsychotherapie / Klientenzentrierte Psychotherapie; Gestalttherapie; Emotionsfokussierte Therapie; Körperpsychotherapie; Transaktionsanalyse; Existenzanalyse; Logotherapie; Humanistisches Psychodrama; Positive Psychotherapie; Psychosynthese.

Es war trotz großer Bemühungen nicht möglich, quasi aus dem Stand heraus eine Psychotherapieform zu schaffen, in welcher sich alle wiederfinden können. Dies vermutlich nicht nur aufgrund des schwer lösbaren Problems der theoretischen Integration (vgl. Jaeggi, 1995), sondern aufgrund eines hohen Identifizierungsbedürfnisses der Behandelnden mit „ihrem“ Verfahren, das mitunter „konfessionelle Züge“ annehmen kann (vgl. Rudolf, 2016, 2019a).

Dennoch, es gibt eine stetige Bewegung der Verfahren und Ansätze aufeinander zu. Senf & Broda gaben 1996 ein „integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie“ heraus. Die einzelnen Kapitel wurden von Autor\*innen der verschiedenen Verfahren verfasst. Allerdings stehen die Kapitel kaum in einer inhaltlichen Verbindung zueinander. Das Programm dieses Ansatzes wird im Vorwort deutlich benannt:

„Mit diesem Buch wollen wir dazu beitragen, daß die Überzeugung wächst, nur durch das Kennenlernen anderer Sicht- und Vorgehensweisen sich auch aufeinander zu bewegen zu können. Damit setzen wir auf Kooperation zwischen den Schulen statt auf Konfrontation. [...] Dies soll nicht mißverstanden werden in Richtung eines unreflektierten Eklektizismus oder Integratismus – es werden nach wie vor auch große Unterschiede zwischen den Verfahren bestehen bleiben.“  
(Senf & Broda, 1996, S. VI)

Die Bewegung lässt sich beschreiben als Pendeln zwischen einem pragmatischen Eklektizismus (zur Frage der adaptiven Indikation vgl. Kap. 8.3) und einem notwendig (noch) verfahrensbezogenen Bezug auf ein zugrundeliegendes Theoriesystem (vgl. Benecke, 2019, S. 384):

„Wenn bei der therapeutischen Hypothesenbildung unterschiedliche Konzepte zueinander ins Verhältnis gesetzt werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, für die Behandlung optimaler Strategien, Erklärungs- und Lösungsversuche zu finden. Somit stehen die unterschiedlichen Therapieschulen eher in einem Ergänzungsverhältnis als in echter Konkurrenz zueinander.“  
(Jacobi, 2017, S. 933)

In diesem Sinne hat sich der Ansatz der Integration mehr in die Richtung eines Dialoges<sup>83</sup>, einer mehr oder minder friedlichen Koexistenz entwickelt.

Der Begriff „Verfahrensdialog“ (Geckle, 2016) birgt das Potenzial, den Brückenschlag zwischen den Verfahren leichter zu ermöglichen als der Begriff der Integration, weil er den Verfahrensvertreterinnen nicht die Identifikationsmöglichkeit mit „ihrem“ jeweiligen Ansatz nimmt<sup>84</sup>:

„Unser Ziel ist es hierbei jedoch nicht, das Störungs- und Behandlungsparadigma des jeweils gewählten Schwerpunktverfahrens ‚aufzuweichen‘. Vielmehr soll es durch therapeutische und diagnostische Konstrukte und Behandlungsansätze, die auf einem reichhaltigen Fundus klinischer Erfahrungen und Erkenntnisse sowie bewährter Behandlungsstrategien basieren, ergänzt und erweitert werden.“  
(Geckle, 2020, S. 121)

---

<sup>83</sup> Ein Beispiel für den Versuch, die Verfahren in einen respektvollen und wechselseitig bereichernden Austausch zu bringen, ist in der im Jahr 2000 gegründeten Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ zu sehen.

<sup>84</sup> Zur praktischen Umsetzung des Verfahrensdialoges in der Psychotherapieausbildung vgl. Mossakowski, 2020; Brakemeier & Jacobi, 2017a; Hauten & Jungclaussen, 2018c.

Es geht dabei nicht darum, *eine* Psychotherapie zu erschaffen, die alle anderen ersetzt, sondern die Faktoren zu identifizieren, welche in *allen* Psychotherapien gelten und wirken (vgl. Strauß & Willutzki, 2019; Norcross & Wampold, 2018). Diese Entwicklungslinie wird auch in der Reform der Psychotherapie-Richtlinien von 2017 abgebildet, indem der verfahrensübergreifende Bereich sehr viel breiter und differenzierter gefasst wird (vgl. Dieckmann, Dahm & Neher, 2018). Neu hinzukommende Verfahren können so auf eine gemeinsame Basis neben die bereits etablierten Verfahren gestellt werden.

Dieser Prozess einer Betonung von Verschiedenheit und Ähnlichkeit zugleich hat seine Entsprechung auch im Feld der psychoanalytisch begründeten Verfahren. Diese „Bewegung aufeinander zu“ lässt sich auch im psychodynamischen Feld nachzeichnen.

### **7.1. Psychoanalytisches Kontinuum**

In Kapitel 4.1 wurde dargestellt, dass während des Nationalsozialismus eine Art von „Pseudo-Integration“ verschiedener psychoanalytischer Schulen unter dem Dach der „Neuen Deutschen Seelenheilkunde“ versucht wurde. In der Folge der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 setzte ein Prozess vermehrter Konkurrenz der Therapieverfahren (nicht mehr der Berufsgruppen) um die Teilhabe an der Versorgung ein, bei einer gleichzeitigen Bewegung der verschiedenen Schulen aufeinander zu.

Parallel zu dieser Annäherung der Psychotherapie-Schulen untereinander ist im Bereich der psychoanalytischen Verfahren ein ähnlicher Prozess zu beobachten: Seit der Jahrtausendwende wird in den deutschsprachigen psychodynamischen / psychoanalytischen Lehrbüchern eine Einteilung der psychoanalytischen Theorien in „vier klassische Psychologien“ vorgenommen<sup>85</sup>. Rekuriert wird dabei auf einen Artikel von Fred Pine (1990), in welchem die Theoriestränge „Triebpsychologie, Ich-Psychologie, Objektbeziehungs-Psychologie, Selbst-Psychologie“ in ihrer klinischen Relevanz untersucht wurden. Unter dem Blickwinkel der Theorienbildung kann dies als eine entscheidende Veränderung in der Kultur des Umgangs mit Theorien verstanden werden, denn es wird damit ein Abrücken von der in Kapitel 3 dargestellten *personalistischen* Theoriebildung in der Psychoanalyse eingeleitet.

Ein erster Versuch der Verknüpfung verschiedener psychoanalytischer Schulen ist im „Deutschen Institut“ vorgenommen worden – offensichtlich ideologisch motiviert und theoretisch wenig überzeugend (vgl. Kap. 4).

Die Einteilung in „vier Psychologien“ hingegen erlaubte es, zum einen die Unterschiede und Verschiedenheiten theoretischer Auffassungen zu erhalten, zum anderen jedoch die fast ausschließliche Verknüpfung von Theorien und Personen zumindest zu lockern und Übergangsräume in den Strängen zu eröffnen. Selbstverständlich werden weiterhin die Strömungen mit den Namen ihrer „wichtigsten“ Vertreter\*innen verbunden. Diese Verknüpfungen sind aber nicht mehr so eng und absolut – unterschiedliche Auffassungen müssen nicht mehr in persönliche Feindschaften münden, wie es noch bei Freud, Adler und Jung geschehen war.

Diese nicht mehr personalistische Sortierung psychoanalytischer Strömungen steht in enger Verbindung mit einem im deutschsprachigen Raum ebenfalls seit der Jahrtausendwende zu

---

<sup>85</sup> Eine übersichtliche und verständliche Zusammenfassung findet sich bei Jungclaussen, 2018.



beobachtenden Prozess in der psychoanalytischen Theorieentwicklung: Die Schaffung des Konzepts der „Psychodynamischen Psychotherapie“ (PDP)<sup>86</sup>.

Als exemplarisch hierfür sind zwei programmatische Veröffentlichungen zu nennen: „Psychodynamische Psychotherapien“ von Reimer & Rüger (2000) sowie „Psychodynamische Konzepte“ von Cierpka und Buchheim (2001).

Der Ausgangspunkt der Konzeptentwicklung ist sehr ähnlich:

„Unter psychodynamischen Psychotherapien verstehen wir die große Gruppe von Behandlungsverfahren, die in ihrem theoretischen Hintergrund an der Psychoanalyse orientiert sind, aber in ihrem Behandlungssetting mehr oder weniger starke Modifikationen vorgenommen haben.“

(Reimer & Rüger, 2012 (1. Aufl. 2000), S. 4)

Sowie:

„Das psychodynamisch orientierte Denken und Handeln ist für eine Reihe von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden grundlegend und handlungsleitend. Auch wenn die Grundlagen der psychodynamischen Therapie auf die reichhaltigen Theorien der Psychoanalyse zurückgehen, werden in der psychodynamischen Therapie in Anpassung an die konkreten klinischen Probleme und Aufgaben neue, modifizierte therapeutische Wege beschritten.“

(Cierpka & Buchheim, 2001, S. V)

Das Ziel war es also, die verschiedenen aus der Psychoanalyse abgeleiteten therapeutischen Ansätze unter dem Oberbegriff der Psychodynamischen Psychotherapie zusammenzubringen.

Dieses Konzept ist insofern aufgegangen, als dass die Mehrzahl der seitdem erschienen Lehrbücher den Begriff „psychodynamisch“ im Titel führen (außer Reimer & Rüger, 2000/2012 sind das z.B.: Mentzos, 2009; Rudolf, 2010; Boll-Klatt & Kohrs, 2013; Gumz & Hörz-Sagstetter, 2018; Ausnahmen sind Hohage, 2011; Benecke, 2014; Ermann, 2016).

Es ist für das Verständnis der Geschichte der TP von herausragender Bedeutung, dass nach dieser theoriegeschichtlichen Auffassung die „Psychodynamische Psychotherapie“ als Modifikationen der psychoanalytischen Behandlungstechnik *aus der Notwendigkeit veränderter klinischer Anforderungen heraus* entwickelt wurde. Dies entspricht der in Kapitel 3.2 beschriebenen Theorieentwicklung psychoanalytischer Behandlungskonzepte, allerdings abzüglich der personalistischen Theoriegeschichtsschreibung.

Wie in Kapitel 5.3. gezeigt wurde, trifft diese Theoriegeschichte für die TP nicht zu. Der Begriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ wird oft synonym mit „Psychodynamischer Psychotherapie“ verwendet (was in Kapitel 8 kritisch diskutiert wird). Es handelt sich aber um zwei verschiedene theoriegeschichtliche Prozesse: Die PDP kann als Sammelbegriff für verschiedene, anhand klinischer Problemstellungen auf der Grundlage psychoanalytischer Theorien entwickelte Behandlungsmethoden aufgefasst werden. Die TP hingegen wurde aufgrund von *versorgungspolitischen Notwendigkeiten* und als Kompromiss in einer *berufspolitischen Auseinandersetzung* (um Definitionsmacht und Abrechnungsmöglichkeiten) geschaffen.

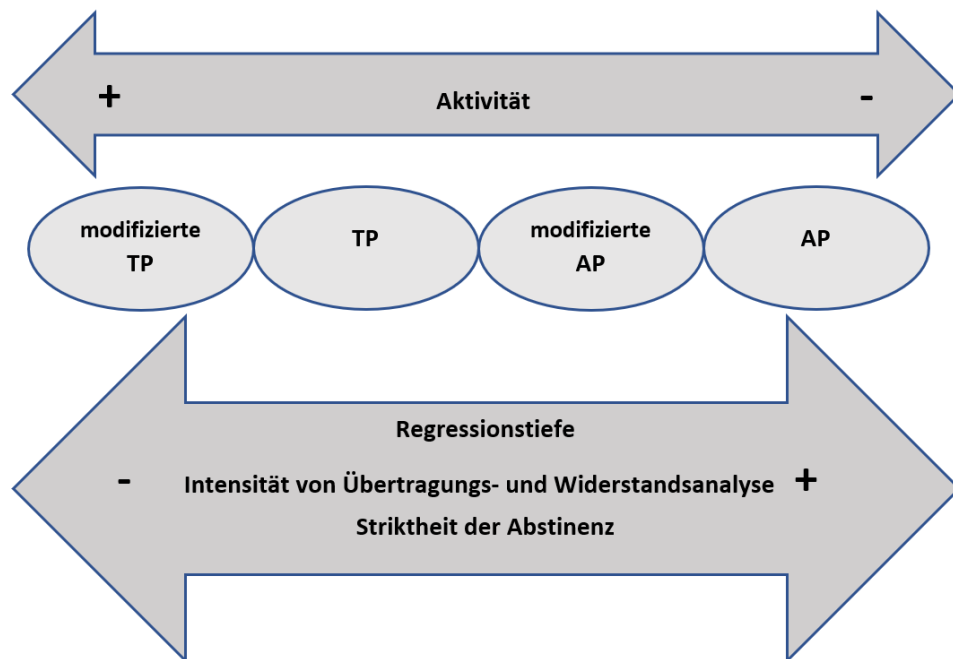
Die konzeptionelle Fassung der PDP erlaubte damit auch erstmals eine inhaltliche Rahmung und Verortung der TP. Die mit Einführung der PTRL 1967 als „Leerkategorie“ geschaffene TP (s. Kapitel 5) wurde in den darauffolgenden Jahrzehnten durch eine wachsende Praxis mit

---

<sup>86</sup> Als Parallelprozess dieser Bewegungsrichtung kann die Entwicklung der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ gesehen werden (vgl. OPD, 1996).

klinischen Erfahrungen gefüllt (vgl. Rüger, 2020). Die konzeptionelle Fassung der PDP stellt die theoretische und inhaltliche Verdichtung dieser klinischen Erfahrungen dar.

Auf der Grundlage dieser theoretischen Konzeption der PDP als übergreifender Kategorie lassen sich die psychoanalytisch begründeten Verfahren als auf einem Kontinuum angeordnet beschreiben (vgl. Thomä 2000, zitiert und kritisch diskutiert bei Rudolf & Rüger, 2001, S. 216; Mertens, 2009). Die Vorstellung eines psychoanalytischen Kontinuums wurde verschiedentlich visualisiert (Jungclaussen, 2018, S. 58; Gumz & Hörz-Sagstetter, 2018, S. 677; Boll-Klatt & Kohrs, 2018b, S. 31). Abbildung 1 zeigt eine zusammenfassende Darstellung.



**Abbildung 1:** Psychoanalytisches Kontinuum  
(modifiziert nach Jungclaussen, 2018, S. 58)

Es geht bei der Vorstellung eines „psychoanalytischen Kontinuums“ darum, dass sich die psychodynamischen Verfahren im Kern ähneln, aber entlang bestimmter Prozessfaktoren auf einem Kontinuum angeordnet „sortiert“ werden können. Diese Faktoren werden beschrieben durch die Regressionstiefe, die Striktheit der Abstinenz, die Aktivität der Therapeuten sowie die Intensität, in welcher Übertragungs- und Widerstandsanalyse im Vordergrund stehen. Dies greift Forschungsaktivitäten aus der Zeit der Einführung der Richtlinienpsychotherapie auf: Bereits in der Arbeitsgruppe von Dührssen wurden am „AOK-Institut“ solche Prozessvariablen beforscht, indem z.B. die Redeanteile von Therapeutin/Patientin gezählt wurden (vgl. Rudolf et al., 1987; Rudolf & Rüger, 2016; Rudolf, 2019a).

Die TP erhält somit durch diese Einordnung in ein Kontinuum einen selbstverständlichen Platz in der psychoanalytisch begründeten Behandlungstheorie, ohne dass sie ursprünglich mit eigenständigen Behandlungskonzepten angetreten wäre. Das ist das Ergebnis eines Prozesses, in welchem die in Kapitel 5 dargestellte „Leerkategorie“ TP mit Praxiserfahrungen gefüllt wurde.

## 7.2. Berufspolitische Hintergründe

Vor diesem Hintergrund scheint es zunächst einleuchtend, die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als eine Unterform der Psychodynamischen Psychotherapie aufzufassen. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie schlug entsprechend vor, AP und TP nicht mehr als zwei getrennte Verfahren, sondern als Unterformen des einen Verfahrens PDP zu begreifen<sup>87</sup>:

„Der WBP sieht keine wissenschaftliche Grundlage für eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie als zwei getrennte Verfahren. Diese Unterscheidung ist lediglich sozialrechtlich bedingt und eine Besonderheit der Bundesrepublik Deutschland. Von daher sieht der WBP auch keine Rechtfertigung für unterschiedliche Ausbildungsgänge und Ausbildungsinstitute. Die vertiefte Ausbildung im Sinne des §1 Absatz 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollte einheitlich in dem Verfahren Psychodynamische Psychotherapie erfolgen.“  
(WBP, 2004, S.1)

Auf den zweiten Blick ist diese „Verschmelzung“ hingegen nicht mehr ganz so überzeugend. Abgesehen von methodischen und taxonomischen Problemen (siehe Kap. 8) kann die grundlegende Motivation hinter dieser „Vereinigung“ hinterfragt werden (vgl. Hauten, 2018).

Neben dem Ziel einer international anschlussfähigen Begriffsbildung können sehr viel konkretere berufspolitische Zwecke vermutet werden:

Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes hatte auch im Gefolge, dass nicht nur neue, sondern auch die bereits etablierten Verfahren (also TP, AP und VT) einer Wirksamkeitsprüfung unterzogen wurden.

Streng genommen wäre diese Überprüfung gar nicht nötig gewesen, da die zur Zeit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes etablierten Richtlinienverfahren in selbigem Gesetz als wissenschaftlich anerkannt aufgefasst wurden:

„Die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren unterliegen als vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannte Verfahren nicht der kritischen Prüfung durch eine Landesbehörde oder der gutachterlichen Stellungnahme des WBP. Nach Auffassung des Beirats war es jedoch im Sinne einer prinzipiellen Gleichbehandlung aller psychotherapeutischen Verfahren angebracht, dass auch die Richtlinienverfahren die Gelegenheit wahrnehmen, die Wissenschaftlichkeit ihrer Methode evaluieren zu lassen. Der WBP bot den entsprechenden Fachgesellschaften hierzu seine Hilfe an und stellte seine Kriterien bzw. Verfahrensgrundsätze zur Verfügung.“  
(WBP, o. D.)

Da die Prüfung nicht zwingend notwendig war, kann vermutet werden, dass sie berufspolitisch erwünscht war, denn nachdem der WBP 2004 seine Stellungnahme zu den psychodynamischen Verfahren mit positivem Votum abgegeben hatte, wurde 2007 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen (SpK<sup>88</sup>) gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung *erneut* ein Antrag zur Prüfung der drei zur Versorgung gesetzlich krankenversicherter Erwachsener zugelassenen Psychotherapieverfahren gestellt. Ziel der auf Antrag angestoßenen Überprüfung war es, die PTRL ggf. im Kernbereich der Richtlinienverfahren zu verändern:

---

<sup>87</sup> Ein Vorschlag, der zwar zur Kenntnis genommen (vgl. Dieckmann et al., S.37), aber nicht umgesetzt wurde: In der PTRL werden TP und AP weiterhin als zwei getrennte Verfahren erachtet (G-BA, 2017).

<sup>88</sup> Vorgängerorganisation des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

„Daher beruhte die Entscheidung für eine Fortsetzung der Methodenbewertung insbesondere auf der Zielsetzung, neben den Nutzensaussagen durch die systematische Evidenzrecherche und -analyse konkrete weitere evidenzbasierte Erkenntnisse für die Ausgestaltung der PT-RL zu gewinnen.“

(G-BA, 2019c, S.3).

Dies kann berufspolitisch als ein Angriff auf die psychoanalytisch begründeten Verfahren, insbesondere auf die analytische Psychotherapie begriffen werden. Denn der empirische Wirksamkeitsnachweis stellte für die analytische Langzeittherapie ein Problem dar, weil zu diesem Zeitpunkt nicht genügend Studien vorlagen, um den Evidenzkriterien des WBP zu genügen. In Ermangelung hinreichender empirischer Evidenznachweise für psychoanalytische Langzeittherapien war es über den Umweg der Verschmelzung von TP und AP zu PDP möglich, den geforderten Wirksamkeitsnachweis für *beide* „psychoanalytisch begründeten Verfahren“ zu erbringen. Vereint man TP und AP unter dem Dach der PDP als *ein* Verfahren, dann können in die Metaanalysen auch Studien mit kürzerer Dosis und Dauer einbezogen werden. Hat man so das *Verfahren* (PDP) in seiner Wirksamkeit bestätigt, kann das auch für die *Methoden* (TP/AP) angenommen werden, ohne dass entsprechende empirische Evidenz vorliegt.

Vor diesem Hintergrund erhält die „Verschmelzung“ von TP und AP eine neue Bedeutung: Die empirische Validierung der TP wurde verwendet, um auch die AP wissenschaftlich anerkennen zu können. Studien, welche die Wirksamkeit einer untersuchten psychodynamischen Behandlung von 50-100 Sitzungen belegten, konnten damit auch die Wirksamkeit von nicht untersuchten psychoanalytischen Behandlungen von bis zu 300 Sitzungen belegen:

„Der WBP hat beschlossen, in seiner Stellungnahme Psychodynamische Psychotherapie als Oberbegriff für die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und die psychoanalytischen Therapien zu verwenden. Die folgende Stellungnahme bezieht sich also auf die Psychodynamische Psychotherapie als ein Verfahren. Bei dieser Stellungnahme werden Langzeitbehandlungen (mehr als 100 Stunden) nicht berücksichtigt, da diese Behandlungsform besondere Forschungsfragen aufwirft, die in einer gesonderten Stellungnahme berücksichtigt werden sollen.“

(WBP, 2008, S.1)

Diese Vorgehensweise hat sich bewährt und wird beibehalten. So werden Evidenznachweise für die PDP (z.B. Leichsenring & Steinert, 2018; Steinert & Leichsenring, 2017) regelhaft anhand von Studien vorgenommen, die hinsichtlich Dosis und Dauer deutlich unter dem liegen, was im Rahmen der ambulanten Psychotherapie in Deutschland als AP oder TP vorgesehen ist.

Liliengren (2018) listet 227 psychodynamische RCT-Studien auf, deren überwiegender Teil indes ebenfalls aus Untersuchungen von Kurzzeit-Interventionen besteht.

Die Brisanz dieser berufspolitischen Auseinandersetzungen ist daran abzulesen, dass sie auch ohne juristische Grundlage andauerten. Denn das Bundessozialgericht hatte bereits 2010 in einem obiter dictum klargestellt, dass die drei Richtlinienverfahren VT, TP und AP keiner Wirksamkeitsprüfung bedürfen:

„Die Herausstellung einerseits der psychoanalytisch begründeten Verfahren und andererseits der Verhaltenstherapie - und ebenso der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - als jeweils gesonderte Versorgungsbereiche spiegelt das hohe Gewicht wider, das der Senat bereits in seinen Urteilen vom 28.10.2009 diesen Basis-Behandlungsformen beigemessen hat. In diesen Entscheidungen ist ausgeführt, dass diese Behandlungsverfahren ein zentrales Element im Rahmen der Integration der psychotherapeutischen Versorgung in das System des Vertragsarztrechts zum 1.1.1999 waren: Der Gesetzgeber hat

zugrunde gelegt, dass sie theoretisch fundiert und in der Praxis hinreichend bewährt sind; sie sind kraft Gesetzes seit 1999 als Gegenstand der psychotherapeutischen Versorgung anerkannt. Ihre Qualität und Wirksamkeit ist nicht (erneut) rechtfertigungsbedürftig, bei ihnen ist auch kein Raum für eine Überprüfung anhand der Anforderungen der §§ 8 ff der Verfahrensordnung des G-BA (vgl. zu alledem Urteile vom 28.10.2009, BSG SozR 4-2500 § 92 Nr. 8, RdNr 25 f, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen, und BSG SozR 4-2500 § 95c Nr. 3 RdNr 33 f; - vgl. § 17 PsychThRL zur Bewertung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden).“  
(Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Juni 2010, Az. B 6 KA 22/09 R, Rn 31)

Dessen ungeachtet wurde das Prüfverfahren beim G-BA erst sehr viel später und in inhaltlichem Zusammenhang mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes eingestellt:

„Der G-BA kommt zu dem Schluss, dass angesichts der Rechtsprechung des BSG kein Bedarf und keine hinreichende Möglichkeit besteht, im Ergebnis einer Prüfung der Richtlinienverfahren einen umfassenden Beschluss zur evidenzbasierten Aktualisierung der diese betreffenden Regelungen der PT-RL zu treffen. Die rechtlich noch möglichen, weiterhin mit der Prüfung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren intendierten Zielsetzungen (sowohl die Generierung evidenzbasierter Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der PT-RL als auch die Gleichbehandlung von Richtlinienverfahren und neu zu bewertenden Verfahren) erweisen sich wegen erforderlicher methodischer und konzeptioneller Einschränkungen als nicht in dem Maße erreichbar wie erhofft, oder sind inzwischen durch parallele Entwicklungen (Anerkennung der Systemischen Therapie als PT-Richtlinienverfahren) nachrangig geworden. Ein Bedarf einer Regelung zu den Psychotherapie-Richtlinienverfahren gemäß § 135 Absatz 5 1 SGB V ist damit aus rechtlichen, methodischen oder medizinischen Gründen nicht mehr ersichtlich.“  
(G-BA, 2019c, S.4)

Die Frage, ob AP und TP nun ein oder zwei Verfahren darstellen, ist demnach nicht nur eine akademisch-begriffliche oder behandlingstechnische Frage, sondern eng mit berufspolitischen Notwendigkeiten verbunden. In Kapitel 5 wurde dargestellt, dass die „Erfindung“ der TP bei der Einführung der PTRL notwendig war, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Nun musste die TP nach der Einführung des PsychThG zumindest rechnerisch wieder „eingeschmolzen“ (und mit der AP als PDP zusammengefasst) werden, damit *beide* psychoanalytisch begründeten Verfahren die Wissenschaftlichkeitsprüfung bestehen. In der Zukunft könnte es sein, dass die TP als „Prototyp“ der psychodynamischen Verfahren eine Art Brückenkopffunktion für die Psychoanalyse auf dem Weg in die Universitäten erhält.

### **7.3.      *Neuvorschlag: Psychotherapeutisches Kontinuum***

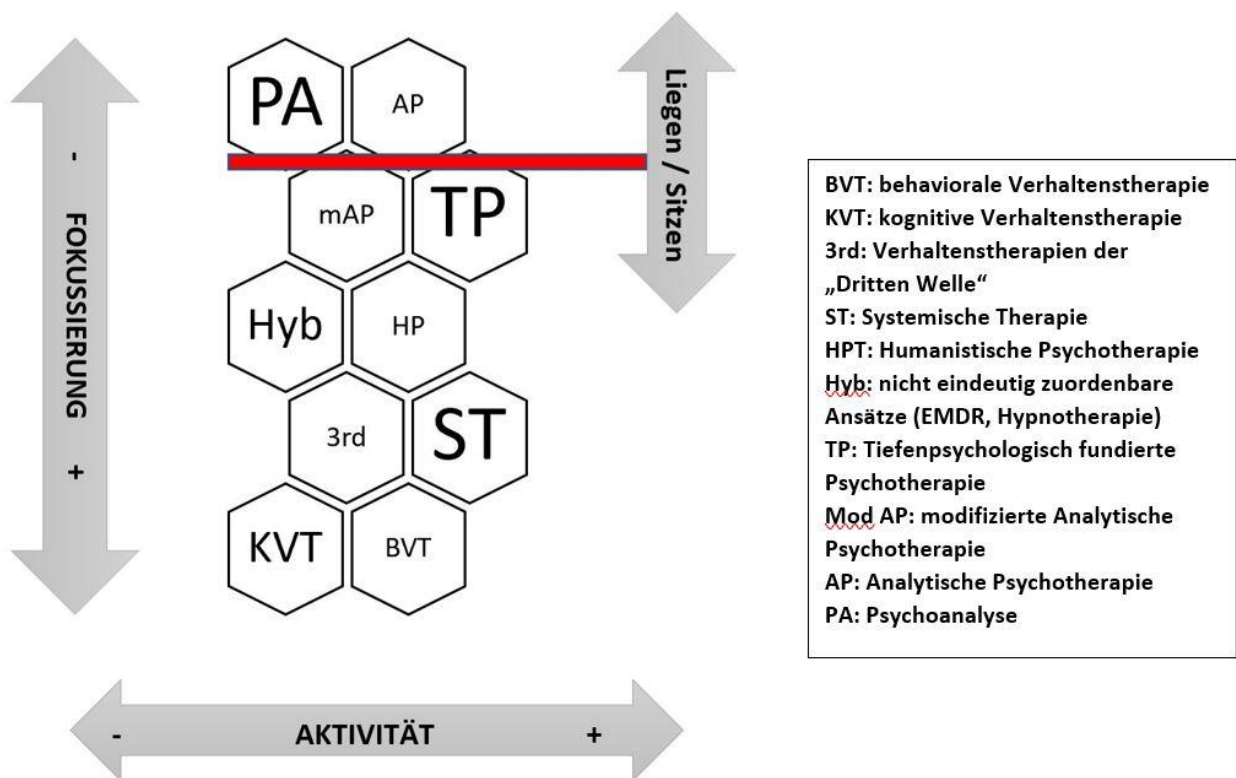
Die Fassung der TP als Unterkategorie der PDP scheint also auch einen „verborgenen Zweck“ gehabt zu haben. Bei der Einführung der TP als Richtlinienverfahren ging es darum, versorgungstechnische Probleme zu lösen und berufspolitische Kontroversen zu befrieden (s. Kap. 5). Die Konzeption der TP als Unterkategorie der PDP erfolgte aus einer Begründungsnotwendigkeit für beide psychoanalytisch begründeten Verfahren im Nachgang der Einführung des PsychThG.

Die Folge dieser Prozesse war ein Schritt in die Richtung, die TP als eigenständiges Psychotherapieverfahren deutlicher zu konturieren. Sie kann als Unterform der PDP in einem Raum psychoanalytisch begründeter Verfahren anhand von Setting- und Prozessvariablen

verortet werden. Eröffnet ist damit ein Gedankenmodell, nach dem sich Psychotherapie-Verfahren anhand einzelner Variablen auf einer Matrix zueinander in Beziehung setzen lassen.

Folgt man diesem Gedanken weiter, dann lassen sich nicht nur die psychoanalytisch begründeten Verfahren auf eine solche Weise anordnen, sondern im Prinzip *alle* psychotherapeutischen Ansätze. Dies eröffnet die Möglichkeit, die TP nicht nur in Bezug zu anderen psychodynamischen Verfahren, sondern im größeren Feld der Psychotherapien zu verorten.

Abbildung 2 zeigt eine mögliche Anordnung verschiedener psychotherapeutischer Ansätze entlang der Prozessvariablen „Fokussierung“ und „Aktivität“<sup>89</sup>. Das Kontinuum erscheint hier nicht mehr linear (wie beim psychoanalytischen Kontinuum), sondern es ergibt sich eine clusterförmige Anordnung der verschiedenen Ansätze auf einer Matrix.



**Abbildung 2:** Psychotherapeutisches Kontinuum

Diese Anordnung ist nur näherungsweise und nicht statisch: Verschiebungen und Neuankordnungen sind sowohl aus theoretischer Sicht auf die Behandlungstechnik als auch aus der Perspektive der individuellen Prozessgestaltung denkbar. Manch einer mag z.B. die Systemische Therapie (ST) per se für fokussierter halten als die kognitive Verhaltenstherapie (KVT); vielleicht ist auch die modifizierte AP fokussierter als die Humanistische Psychotherapie. Vor allem aber ist es die jeweils einzigartige Kopplung von Therapeut\*innen- und Patient\*innenvariablen, die ihrerseits einen Einfluss auf die Verortung der jeweiligen Therapie hat. Eine TPlerin, die sich am inneren Arbeitsmodell der Psychoanalyse orientiert und auf einen Patienten mit einer neurotischen Konfliktstörung trifft, wird vielleicht sehr streng die Abstinenz wahren, die Gegenfrageregel befolgen und Übertragungsfantasien

<sup>89</sup> Dies ist nur eine Möglichkeit der Darstellung, Es könnten auch andere/weitere Prozess- und Settingvariablen gewählt werden, um ähnliche Matrizen zu erzeugen.

thematisieren wollen. Ein Therapeut, der sich an einem integrativen Ansatz erfreut, wird vielleicht eher geneigt sein, Fragen zu beantworten. Eine Analytikerin, die sich der relationalen Psychoanalyse verpflichtet sieht, wird eventuell ebenfalls unter bestimmten Bedingungen selektiv authentische Interventionen einsetzen. Eine Verhaltenstherapeutin, die in Schematherapie und CBASP weitergebildet ist, würde eventuell bei einem strukturell beeinträchtigten Patienten das Übertragungsgeschehen fokussieren und dabei eher abstinenter bleiben usw.

Im Schaubild ist auch eine Settingvariable eingezeichnet, welche das Kontinuum durchbricht: „Sitzen/Liegen“. Die Prozessvariablen „Fokussierung / Aktivität“ können als eher fluide aufgefasst werden. Sie unterscheiden sich je nach spezifischer Therapeut\*in/Patient\*in-Konstellation, können aber innerhalb derselben Behandlung über den Prozess hinweg variieren.

Die Settingvariable „Sitzen/Liegen“ hingegen ist nicht flexibel. Zwar ist es denkbar, das Setting innerhalb einer Behandlung zu wechseln (jedoch ohne „gleitenden Übergang“), hinsichtlich der Verfahren hingegen ist diese Variable jedoch statisch. Man kann nicht in einer VT „auch ein bisschen liegen“, sondern man sitzt oder man liegt. Das liegende Setting ist somit ein Alleinstellungsmerkmal der Analytischen Psychotherapie und der Psychoanalyse. Bei allen Ähnlichkeiten der psychodynamischen Verfahren ist es diese Settingvariable, die einen entscheidenden Unterschied macht zwischen AP/PA und allen anderen, nicht nur den psychodynamischen Verfahren.

Im Schaubild sind die Ansätze „Analytische Psychotherapie“ und „modifizierte analytische Psychotherapie“ als zwei einzelne Clusterknoten dargestellt. Es ist jedoch kein Clusterknoten „modifizierte TP“ eingezeichnet. Dies soll im Folgenden erläutert werden.

Wie dargestellt, besteht ein Alleinstellungsmerkmal der AP bzw. der Psychoanalyse in der Settingvariable des Liegens. Die „modifizierte AP“ stellt insofern eine „echte“ Modifikation dar, weil diese entscheidende Settingvariable verändert wird, was auch den Charakter der Behandlung grundlegend verändert. Denn als Hauptagens in der Psychoanalyse wie auch in der Analytischen Psychotherapie wird die Übertragungs- und Widerstandsanalyse gesehen. Das liegende Setting ist insofern spezifisch für AP/PA, als dass es die für diese Prozesse notwendige Regressionstiefe herzustellen erlaubt. In der modifizierten AP wird genau von diesem Kernelement abgewichen:

„Modifikationen einer analytischen Psychotherapie können dann notwendig sein, wenn z.B. bei strukturellen Störungen und Traumafolgen eine zu starke Regression vermieden werden muss [...] Hier müssen die Interventionen und das Setting (z.B. Gegenübersitzen, niedrigere Stundenfrequenz) stärker auf die Möglichkeiten und Grenzen des Patienten zugeschnitten werden [...]“

(Dieckmann, Dahm & Neher, 2018, S.44)

Berufspolitisch ist damit die widersprüchliche Rettungsstrategie für die Psychoanalyse auf ein technisches Element heruntergebrochen: Auf der einen Seite besteht in der Modifikation die Chance, das Indikationsspektrum auszudehnen (auf die sogenannten „frühen Störungen“), auf der anderen Seite besteht darin das Risiko, die Einzigartigkeit (und damit tendenziell die Berechtigung) der analytischen Verfahren im engeren Sinne aufzugeben.

Dies stellt sich für die TP anders dar. Die TP hat auch in einer „modifizierten“ Form dasselbe sitzende Setting wie eine „Standard-TP“. Das bedeutet, eine Modifikation würde in der TP nicht mit einer Veränderung einer Kernvariable einhergehen. Der Begriff „modifizierte TP“ stammt von Ermann (2004, 2016; Zusammenfassung bei Jungclaussen, 2018). Er wurde gebildet, um für die technischen Erweiterungen der TP für die Behandlung von strukturellen und Traumafolgestörungen zu beschreiben:

„Die tfPT findet nun zunehmend aber nicht nur bei Patienten mit Konfliktstörungen Anwendung (vgl. Rudolf 2002). Inzwischen befindet sich unter den Patienten, die im Rahmen der Richtlinien mit einer tfPT behandelt werden, ein beträchtlicher Anteil von Patienten mit posttraumatischen oder Entwicklungsstörungen, bei denen eine Dekompensation oder Exazerbation eingetreten ist. [...] Fraglos erfordert das ursprünglich konfliktzentrierte Verfahren bei der Behandlung von Entwicklungs- und posttraumatischen Störungen eine Modifikation. Das Ziel solcher Behandlungen kann definitionsgemäß nicht die Lösung neurotischer Konflikte sein. [...] In der modifizierten tfPT müssen deshalb stabilisierende, strukturfördernde und konfliktzentrierte Techniken eingesetzt und miteinander verbunden werden.“  
(Ermann, 2004, S. 309)

Es geht hier also um Veränderungen auf der Ebene der Behandlungstechniken, nicht um Modifikationen grundlegender Prozess- oder Settingvariablen. Dies ist aus der Geschichte der Indikationsbereiche der TP in der Richtlinientherapie erklärbar.

Vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 und der darauffolgenden methodischen Ausdifferenzierung war die TP (durch die indikatorische Begrenzung auf ein aktuelles Konfliktgeschehen) lange begriffen worden als eine „kurze PA“ mit einem Fokus auf bewussteinfähige Konfliktanteile (vgl. Rüger, 2020; Rudolf, 2019; Hoffmann, 2017; Rüger, 2002; Lieberz, 1998; Faber & Haarstrick, 1989). Mit der Neuausrichtung der TP als Richtlinienverfahren nach dem Psychotherapeutengesetz ist der Indikationsbereich stetig gewachsen (um den breiten Wirksamkeitsnachweis erbringen zu können). Sukzessive sind die Bereiche Trauma und Struktur hinzugekommen (vgl. Jungclaussen, 2018), dies jedoch, ohne, dass an der grundlegenden Konzeption der TP etwas geändert wurde.

Die TP als Psychodynamische Psychotherapie kann im Sinne der in Abbildung 2 dargestellten Anordnung als Weiterentwicklung der psychoanalytischen Behandlungstechnik anhand klinischer Notwendigkeiten aufgefasst werden. Das bedeutet, dass methodische Weiterentwicklungen vorgenommen wurden, um weitere klinische Bilder in den Indikationsbereich der TP einzuholen.

Für ein Verständnis der TP in ihrem breiten Indikationsbereich scheint es hilfreich, für verschiedene Varianten von Veränderungen auch verschiedene Begriffe zu verwenden. Das soll dazu dienen, klarer herauszuarbeiten, was das Verfahrens im Kern ausmacht und was eine Veränderung von Kernkennzeichen darstellt.

Es wird vorgeschlagen, zwischen „Modifikation“ und „Add-On“ zu unterscheiden.

*Modifikationen* sind in diesem Verständnis solche Veränderungen in der Behandlungstechnik, welche Kernelemente der Therapiekonzeption betreffen. Eine Modifikation liegt dann vor, wenn für das Verfahren *wesentliche* Prozess- oder Settingvariablen verändert werden.

*Add-Ons* sind demgegenüber technische Erweiterungen. Durch Hinzunahme neuer Methoden und/oder Techniken kann der Indikationsbereich des Verfahrens ausgeweitet werden, ohne wesentliche Prozess- oder Settingvariablen zu verändern.

Aus dieser Perspektive betrachtet sind für die TP folgende *Modifikationen* richtlinienkonform (vgl. Dieckmann et al., S. 37ff.):

- Dynamische Psychotherapie (Dührssen): Die Regelmäßigkeit des Prozesses wird flexibel angepasst an die pragmatischen Anforderungen der Lebensumstände der Patienten. Damit wird eine für die TP entscheidende Prozessvariable, nämlich der feste Rahmen und die Regelfrequenz von ein bis maximal zwei Sitzungen pro Woche, verändert.



- Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen haltgewährenden therapeutischen Beziehung: Hier tritt die Zielsetzung einer ursächlichen Behandlung zugunsten einer stabilisierenden Begleitung in den Hintergrund. Dies verändert eine grundlegende Prozessvariable, die für die TP wie für alle Richtlinientherapien gilt: Die ätiologische Orientierung ist mit einer heilenden oder lindernden Zielsetzung verbunden. Diese Modifikation stellt den Übergangsbereich zu begleitenden Maßnahmen außerhalb der Richtlinientherapie (z.B. Psychosomatische Grundversorgung) her.

- Katathymes Bilderleben – KIP (Leuner): Die KIP ist als Methode nur dann im Rahmen einer TP zugelassen, wenn die imaginative Arbeit passager erfolgt und in ein psychodynamisches Gesamtkonzept im Sinne der Richtlinien eingebunden ist<sup>90</sup>. Die Modifikation gegenüber dem Standard-Setting der TP besteht hier nicht nur im Einbezug imaginativer Methoden (das wäre eher ein Add-On), sondern vor allem darin, dass die Imaginationsübungen optional auch im Liegen geschehen können. Das ist die einzige zulässige Variante, bei der im Rahmen einer TP ein liegendes Setting eingesetzt wird.

Andere Veränderungen in der TP, die auch im „Faber/Haarstrick-Kommentar“ (Dieckmann et al., S. 37ff.) als Modifikationen verzeichnet werden, stellen aus dieser Perspektive keine Modifikationen im engeren Sinne dar, sondern *Add-Ons*:

- Strukturbehandlungen: Es werden Methoden benannt, mit denen innerhalb einer TP strukturelle Störungen behandelt werden können: Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf (SP), mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), übertragungsfokussierte Therapie (TFP), psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM). In allen diesen Ansätzen wird die grundsätzliche Struktur der TP-Behandlungskonzeption nicht verändert, sondern es werden störungsspezifische Methoden und Techniken eingesetzt, um die Therapie auf einen Strukturfokus auszurichten.

- Traumabehandlungen: Bei Vorliegen einer gesicherten Traumafolgestörung sind gezielte traumatherapeutische Maßnahmen (EMDR) in allen Verfahren zulässig. Die grundsätzliche Konzeption der TP bleibt hinsichtlich Setting- und Prozessvariablen unverändert, es findet eine Fokussierung auf die Traumaätiologie statt.

- Kurztherapie/Fokalthherapie: Auch hier ist die TP methodisch und vom Setting her nicht verändert, sondern es findet eine Fokussierung auf einen abgrenzbaren aktuellen neurotischen Konflikt sowie eine Vereinbarung auf einen begrenzten Umfang statt.

Diese Unterscheidung zwischen „Modifikation“ und „Add-On“ hat eine Implikation für die Frage, was die TP *heute* in konzeptioneller Hinsicht ist: Ist sie ein primär für einen engen Indikationsbereich konzipierte Abwandlung der AP, dann würde sie der Modifikation bedürfen, um ihr Indikationsspektrum zu erweitern. Bedarf es dafür aber lediglich technischer Innovationen im Sinne von Add-Ons, dann ist sie im Kern für ein breiteres Indikationsspektrum angelegt.

Die hier vertretene Auffassung, dass die Veränderungen der TP eher Add-Ons als Modifikationen darstellen, befindet sich im Widerspruch zum „Faber/Haarstrick-Kommentar“. Dort wird davon ausgegangen, dass die TP spezifischer Modifikationen bedarf, wenn sie außerhalb des Indikationsbereichs eines aktuell relevanten und eingrenzbaren neurotischen Konflikts angewandt werden soll (Dieckmann et al., 2018, S.36). Am Beispiel der Behandlung von strukturellen Störungen soll dieser Punkt ausführlicher begründet werden.

---

<sup>90</sup> Das widerspricht dem Selbstverständnis der KIP, die für sich in Anspruch nimmt, ein in sich geschlossenes psychodynamisches Behandlungskonzept bereits mitzubringen (vgl. Leuner, 1994).

#### 7.4. TP als Breitbandtherapeutikum

Wie dargestellt, wurde die TP vor allem durch die Praxis entwickelt und zunächst ohne eigenständige Definition und/oder Konzeption eingeführt. Wesentliche theoretisch-konzeptionelle Beiträge sind erst ab der Jahrtausendwende zu identifizieren. Um zu illustrieren, wie sich die TP heute im Kontrast dazu darstellt, soll das Indikationsspektrum der TP an einem Beispiel etwas genauer untersucht werden.

Die oben getroffene begriffliche Unterscheidung zwischen „Modifikation“ und „Add-On“ soll dazu dienen, das Indikationsspektrum der TP untersuchen und ein wesentliches Merkmal der TP beschreiben zu können. Am Beispiel der Behandlung struktureller Störungen kann gezeigt werden, dass die TP auch *unmodifiziert* für die Behandlung dieser Störungsbilder geeignet ist. Dazu muss zunächst etwas weiter ausgeholt und die Strukturthematik innerhalb der psychoanalytisch-psychodynamischen Theoriegeschichte beleuchtet werden.

Der psychodynamische Strukturbegriff ist mehrdeutig. Es lassen sich zwei grundlegend verschiedene Perspektiven unterscheiden: Die kategoriale und die dimensionale Perspektive (vgl. Rudolf, 2020).

Bei der *kategorialen* Perspektive wird nach übergeordneten Mustern gesucht. Hier besteht eine gewisse Nähe zwischen psychoanalytischer Charakterlehre und deskriptiver Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen insofern, als dass nach übergeordneten Kategorien zur Beschreibung von menschlichen Daseinsformen gesucht wird.

Dem gegenüber wird aus *dimensionaler* Perspektive der Grad der Verfügbarkeit von Funktionen zur Regulierung des Weltbezuges zu bestimmen versucht. Diese Sichtweise hat die größte Nähe zur entwicklungspsychologischen Perspektive im Sinne einer Reifung von Fähigkeiten.

Freud hat mit der „zweiten Topik“ (1923) das grundlegende psychoanalytische Strukturmodell von Ich-Es-Über-Ich konzipiert. Dies stellt den Ausgangspunkt dar für eine kategoriale psychoanalytische Charakterlehre<sup>91</sup> (vgl. Abraham, 1925).

Später hat Freud (1937) auch die Wichtigkeit des „quantitativen Faktors“ für die Untersuchung der Ichfunktionen erkannt:

„Jeder Normale ist eben nur durchschnittlich normal, sein Ich nähert sich dem des Psychotikers in dem oder jenem Stück, in größerem oder geringerem Ausmaß, und der Betrag der Entfernung von dem einen und der Annäherung an das andere Ende der Reihe wird uns vorläufig ein Maß für die so unbestimmt gekennzeichnete ‚Ichveränderung‘ sein.“  
(Freud, 1937, S. 80)

Dies stellt den Ausgangspunkt dar für eine dimensionale psychodynamische Strukturtheorie, welche maßgeblich von Anna Freud anhand einer systematischen Untersuchung der „Reifegrade der Abwehrmechanismen“ eingeleitet wurde (vgl. Freud, A., 1936).

Obwohl der Ausgangspunkt derselbe ist, scheinen am Ende der begrifflichen Ausdifferenzierung verschiedene Gegenstände erzeugt worden zu sein: Struktur als

---

<sup>91</sup> Auch in der parallel zur Psychoanalyse entwickelten Individualpsychologie ist eine Persönlichkeitstypologie angelegt: Adler unterschied bei der „Lebensstilanalyse“ den „herrschenden, nehmenden, vermeidenden und sozial nützlichen“ Typ (Adler, 1935/1982, S. 5-8).

Ordnungskategorie für menschliche Daseinsformen (kategoriale Perspektive) versus Struktur als Grad der Verfügbarkeit von Regulierungsfähigkeiten (dimensionale Perspektive)<sup>92</sup>.

Die Behandlung von „seelischen Strukturen“ im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie hat eine Indikationsgeschichte, die mit einem Wechsel auch in der Perspektive zwischen kategorial und dimensional einhergeht.

Bei Einführung der PTRL waren sowohl AP als auch TP so aufgefasst, dass sie der Behandlung von akuten Krankheitsgeschehen dienen sollten. Chronisches Leiden („Gebrechen“) war nicht Teil des Gegenstandskataloges, sondern wurde als Rehabilitationsmaßnahme den Rentenversicherungsträgern zugewiesen. Das heißt, die „Umstrukturierung neurotischer Strukturen“ sollte weder mit TP noch mit AP vorgenommen werden:

„Sehr schwierig war die definitorische Erfassung jener Zustandsbilder, die als chronifizierte Neurosen nicht zum Aufgabenbereich der Krankenversicherung gehören, obwohl sie in einem hohen Maße auch für aktuelle Störungen disponieren und für den ärztlichen Psychotherapeuten von großem therapeutischen Interesse sind. Seit Jahren oder Jahrzehnten bestehende Zwangsneurosen, chronisch-hysterische Entwicklungen, depressive Neurosen mit hohen strukturellen Anteilen, die sogenannten Introversionsneurosen usw. sind hier zu nennen, auch einige Formen hypochondrischer Entwicklungen, sofern sie nicht den Psychosen oder den hirnganischen Erkrankungen zuzuordnen sind. Selbstverständlich kann bei der Gruppe der chronifizierten neurotischen Zustandsbilder eine tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Behandlung indiziert sein. Der Ausschlusskatalog besagt nur, daß die Behandlung dieser Krankheitsbilder nicht zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Wieweit sie z.B. der Leistungspflicht der Rentenversicherungsträger zugewiesen werden kann, wird zu klären sein.“  
(Faber, 1968, S.31)

Da die Rentenversicherungsträger 1974 aus der Psychotherapie komplett ausstiegen, war es nötig, auch chronische Leiden in die Regelversorgung durch die Krankenkassen zu integrieren (vgl. Faber & Haarstrick, 1989, S.16). Die entsprechende Änderung der Psychotherapie-Richtlinien von 1976 trug dem Rechnung: Fortan sollte auch die „zugrunde liegende seelische Struktur“ mit einer AP behandelt werden können. Die TP habe sich hingegen auf „aktuell wirksame neurotische Konflikte“ zu beschränken. Diese Unterscheidung war lange uneingeschränkt gültig und legte den Indikationsbereich der TP fest. Es galt die „Faustregel“: Änderungen in der Persönlichkeit funktionieren nur in einer AP – damit war also die Behandlung *kategorial* verstandener struktureller Störungen mit TP ausgeschlossen.

Im „Faber/Haarstrick-Kommentar“ von 1989<sup>93</sup> wurde der Begriff der „seelischen Strukturen“ unter den „Allgemeinen Voraussetzungen“ genannt, welche für die (seit 1987) drei Richtlinienverfahren AP, TP, VT gleichermaßen galten. Veranschaulicht werden sollte mit dem Begriff die Komplexität der seelischen Krankheit:

„Einer seelischen Krankheit liegt häufig eine aktuelle Krise seelischen Geschehens zugrunde, die direkt beobachtet und konfliktzentriert behandelt werden kann. Es kann ihr aber auch eine lebensgeschichtlich erworbene Struktur zugrundeliegen, die ihrerseits eine anlagemäßige Disposition voraussetzt.“

<sup>92</sup> In diagnostischer Hinsicht gibt es daher ebenfalls dimensionale und kategoriale Ansätze. Eine Verbindung dieser Perspektiven wurde bereits früh gefordert (Fürstenau, 1977) und in Form hybrider Modelle auch umgesetzt (Kernberg, 1996). Erst die aktuellen Revisionen der international gebräuchlichen Diagnosesysteme DSM-5 und ICD-11 (APA, 2013; WHO, 2019) greifen dies auf und erlauben sowohl kategoriale als auch dimensionale Strukturdiagnostik (vgl. Rudolf, 2020).

<sup>93</sup> Das ist die erste Auflage des „Kommentars“ in strukturierter Buchform.

(Faber & Haarstrick, 1989, S. 19)

Das bedeutet, für das Verständnis des aktuellen Krankheitsgeschehens sind auch strukturelle Voraussetzungen mitzudenken. Bei der Indikation jedoch bleibt es für die TP dabei:

„Nur wenn ein aktueller neurotischer Konflikt mit einer entsprechenden Symptomatik abgegrenzt werden kann, ist das Verfahren [TP, LH] indiziert“  
(Faber & Haarstrick, 1989, S.40).

Parallel dazu wurden die technischen Methoden zur Behandlung struktureller Störungen, im deutschsprachigen Raum vor allem durch die Arbeiten von Gerd Rudolf (vgl. Rudolf, 2002, 2010, 2020), stetig weiterentwickelt und auch im Feld der TP implementiert, teilweise verbunden mit schwierigen Auseinandersetzungen zwischen Behandler\*innen und Gutachter\*innen.

Diese Weiterentwicklungen stehen in enger Verbindung mit der Verbreitung der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD, 2014), welche die Struktur auf einer eigenen Achse *dimensional* erfasst<sup>94</sup>, was eine Veränderung gegenüber der zuvor bestehenden kategorialen Perspektive auf die Struktur darstellt..

In der 6. Auflage des „Faber/Haarstrick-Kommentars“ (Rüger, Dahm & Kalinke, 2003) wurde die Behandelbarkeit von Strukturstörungen mit TP erstmals diskutiert. An dieser Stelle zeigt sich einmal mehr der Einfluss, den die Auslegung der PTRL durch den Kommentar auf die Weiterentwicklung der Richtlinien selbst hat (vgl. Hauten & Jungclaussen, 2018a; Jungclaussen & Hauten, 2019a).

Denn nachdem im „Faber/Haarstrick-Kommentar“ vorgeschlagen wurde, auch im Rahmen einer TP „strukturelle Störungen“ zu behandeln, wurde dies in der Novellierung der PTRL 2009 aufgegriffen (vgl. Jungclaussen & Stang, 2013): Zum Indikationsbereich für TP gehörten unter bestimmten Voraussetzungen nun auch die strukturellen Störungen. Der inhaltliche Schritt war dabei enorm – in formaler Hinsicht beschränkte sich diese Erweiterung auf das Hinzufügen von drei Wörtern:

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte **und struktureller Störungen** unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.“  
(G-BA, 2009: PTRL idF v. 15.10.2009, §14a(1); Hervorhebung LH)

Mit dem Einbezug der strukturellen Störungen in den Indikationsbereich der TP verbunden ist auch ein Wechsel zwischen der kategorialen und der dimensionalen Perspektive. Denn die bis dahin gültige Auffassung, dass Strukturschäden nur mit AP zu behandeln wären, gründete auf einer kategorialen Vorstellung von Struktur. Sie war eng verbunden mit dem Behandlungsziel der Umstrukturierung der Persönlichkeit, wie sie seit 1976 Gegenstand der AP, aber nicht der TP war (vgl. Kohlhausen, 1967a; Faber & Haarstrick, 1989). Die neu aufgenommenen Methoden hingegen (vor allem SP und MBT) haben einen dimensionalen Strukturbegriff. Es geht bei diesen Ansätzen vor allem um die (Nach-)Entwicklung struktureller Fähigkeiten, welche sich dimensional abbilden lassen (vgl. Rudolf, 2020; Schultz-Venrath, 2015).

Die Psychotherapierichtlinien zeigen also einen doppelten Umorientierungsprozess: Einerseits wird die psychodynamische Perspektive auf die Struktur von kategorial zu dimensional

---

<sup>94</sup> Dadurch, dass in der OPD die strukturellen Fähigkeiten auf einer eigenen Achse (neben Konflikten und Beziehungszyklen) erfasst wurde, erhielt die Struktur einen Bedeutungszuwachs hinsichtlich ihres Anteils am psychodynamischen Störungsverständnis. In der OPD-2 wurde diese dimensionale Strukturdiagnostik ausdifferenziert und verbessert. In der (im Druck befindlichen) OPD-3 wird das Konzept der Strukturdiagnostik um weitere Dimensionen erweitert werden.

verschoben, andererseits wird die Indikationsbreite der TP auf die so verstandenen strukturellen Störungen erweitert.

Dieser Prozess kann mit der Richtlinienänderung von 2017 als abgeschlossen gelten, denn in der 11. Auflage des „Faber/Haarstrick“ konkretisieren die Autoren die zulässigen Modifikationen von TP-Behandlungskonzepten für Strukturstörungen:

„Die Psychotherapie-Richtlinie nennt die Behandlung struktureller Störungen ausdrücklich als Indikation tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Einzelne methodische Ansätze werden in der Psychotherapie-Richtlinie aber nicht erwähnt. Wissenschaftlich anerkannt und (auch in der Versorgung) gut untersucht sind:

- psychoanalytisch-interaktionelle Methode PIM (Streeck/Leichsenring)
  - strukturbezogene Psychotherapie [SP, LH]<sup>95</sup> (Rudolf)
  - übertragungsfokussierte Therapie TFP (Clarkins et al.)
  - mentalisierungsbasierte Therapie MBT (Bateman und Fonagy).“
- (Dieckmann et al., 2018, S. 39f)

Damit sind strukturelle Störungen im Indikationskatalog der TP fest verankert. Dass sich dadurch auch die Perspektive auf Strukturstörungen von kategorial zu dimensional verschiebt, ergibt sich zum einen daraus, dass die oben genannten methodischen Ansätze überwiegend auf einem entwicklungspsychologischen Konzept aufbauen. Es wird aber auch ganz konkret im „Faber/Haarstrick-Kommentar“ so ausgelegt:

„Zu einer vollständigen psychodynamischen Diagnose gehören die Angaben der Symptomatik (der aktuell zu behandelnden Erkrankung), der Konfliktebene (für die aktuelle Erkrankung bedeutende intrapsychische Konflikte) und der strukturellen Ebene (strukturelle Einschränkung/en mit Bedeutung für die aktuelle psychische Erkrankung, Einschätzung des Gesamt-Struktur-Niveaus).“

(Dieckmann et al., 2018, S. 52)

Noch deutlicher wird die Orientierung an einem dimensional Strukturkonzept dadurch, dass zur Diagnostik die OPD-2 vorgeschlagen wird (die Achse IV der OPD erlaubt eine exakte dimensionale Einschätzung des Strukturturniveaus):

„Die Einschätzung struktureller Merkmale und Einschränkungen sollte Ergebnis einer systematischen Befunderhebung sein, wie sie zum Beispiel durch die Achse IV (Struktur) in der OPD-2 angeboten wird.“

(Dieckmann et al., 2018, S. 51)

Dieser Prozess – die Verbreiterung des Indikationsspektrums für TP auf der einen und ein Wechsel in der Perspektive auf Struktur von kategorial zu dimensional auf der anderen Seite – lässt sich also zusammengefasst anhand folgender „Stationen“ darstellen (die Jahreszahlen bezeichnen jeweils Neufassungen der PTRL):

- 1967 - Umstrukturierung der Persönlichkeit: weder AP noch TP
- 1976 - Umstrukturierung: AP / Aktuallkonflikt: TP
- 1987 - Struktur = Disposition bei VT/TP/AP (Umstrukturierung weiterhin AP)
- 2009 - Umstrukturierung (kategorial): AP / Strukturmodifikationen (dimensional): TP
- 2017 - Ausdifferenzierung Strukturbehandlungen TP: SP, TFP, MBT, PIM

---

<sup>95</sup> Bei Drucklegung der 11. Auflage des „Faber/Haarstrick-Kommentars“ war die offizielle Bezeichnung für diesen Ansatz noch „Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf“. Die Abkürzung „SP“ erfolgte erst in der Neuauflage der „Strukturbezogenen Psychotherapie“ (Rudolf, 2020). Der Einfachheit halber wird die Abkürzung SP hier ergänzt.

Die 11. Auflage des „Faber/Haarstrick-Kommentars“ legt die Richtlinien-Reform von 2017 aus. Dort werden die methodischen Anpassungen (aus Sicht der vorliegenden Arbeit: technische Erweiterungen im Sinne von Add-Ons) in der TP bei Strukturstörungen als „strukturbezogene Modifikationen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie“ gefasst. Konkret werden für alle vier zulässigen Methoden (PIM, SP, TFP, MBT) folgende Anpassungen genannt:

„Alle Ansätze strukturbezogener Psychotherapie sind charakterisiert durch das fokussierende therapeutische Vorgehen, die Begrenzung regressiver Tendenzen, die größere Aktivität des Therapeuten im therapeutischen Dialog, die eher auffordernden Interventionen des Therapeuten und den ggf. behandlungstechnisch begründeten flexibleren Umgang mit der therapeutischen Abstinenz (einschließlich selektiver Authentizität und Prinzip Antwort).“  
(Dieckmann et al., 2018, S. 40)

Diese methodischen Anpassungen sind jedoch weitgehend deckungsgleich mit den Beschreibungen, die der „Faber/Haarstrick-Kommentar“ für die Standard-TP in Abgrenzung zur AP liefert:

„Bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist die therapeutische Regression eher eingeschränkt. (...) Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie fokussiert allerdings weitgehend auf die gegenwärtigen (pathologischen) Kompromissbildungen des Patienten, die direkt an seinen aktuellen Beziehungskonflikten ablesbar sind.“  
(Ebd., S.42f.)

Der begrenzende Umgang mit der Regression, die Fokussierung und eine erhöhte Aktivität können also als Kernkennzeichen einer *unmodifizierten* TP verstanden werden:

„Das therapeutische Vorgehen ist gekennzeichnet vom psychodynamischen Zugang (analytisches Verstehen) in einer hilfreichen therapeutischen Beziehung und von dem im Vergleich zur analytischen Psychotherapie aktiveren Verhalten des Therapeuten im Dialog mit dem Patienten. Dabei wird die zum Rahmen analytischer Verfahren gehörende Abstinenz grundsätzlich gewahrt. Klärendes Fragen und direktive Interventionen können je nach therapeutischer Situation angezeigt sein. Die Regression wird durch das Setting (Behandlung im Gegenüber-Sitzen) und die Interventionstechnik des Therapeuten gesteuert. Übertragung und Gegenübertragung werden für das notwendige Verständnis der Dynamik in der Behandlung berücksichtigt.“  
(Ebd., S.36)

Tabelle 1 stellt die Definitionskriterien für die „Standard-TP“ denjenigen der für die Strukturbehandlung „modifizierten“ TP gegenüber.

Standard-TP	„Modifikation“ TP für Struktur
Fokussiertes Vorgehen Regressionsbegrenzung Höhere Aktivität seitens TherapeutIn Auffordernde Interventionen	Fokussiertes Vorgehen Regressionsbegrenzung Höhere Aktivität seitens TherapeutIn Auffordernde Interventionen  Flexiblere Abstinenz (selektive Authentizität und Prinzip Antwort)

**Tabelle 1:** Vergleich zwischen Standard-TP und auf Struktur bezogene TP im Sinne des Faber/Haarstrick-Kommentars (Dieckmann et al., 2018, S. 36, S. 40, S. 42, S. 43)

Das bedeutet, dass lediglich die „flexible Abstinenz“ als Unterschied zwischen einer strukturbezogen modifizierten und einer unmodifizierten „Standard-TP“ besteht.

Wie dargestellt hat sich aber das Verständnis der TP in den letzten Jahrzehnten immer weiter ausdifferenziert. Die TP zu Beginn als „Leerkategorie“ zu schaffen, hat diese spätere Entwicklung einerseits erst ermöglicht (s. Kapitel 5, 7.1), andererseits spielt der Einfluss der Behandlerinnen und Behandler mit diversifizierten Wurzeln hierbei eine Rolle (Kapitel 6.2.). Die Ausdifferenzierung des Verständnisses von TP lässt sich auch in der Entwicklung des „Faber/Haarstrick-Kommentars“, der die PTRL nicht nur auslegt, sondern auch Veränderungsimpulse setzt, ablesen (vgl. Hauten & Jungclaussen, 2018a; Jungclaussen & Hauten, 2019a).

Bis zur 10. Auflage des „Faber/Haarstrick-Kommentars“ (Rüger et al., 2014) wurde die TP unter anderem mit folgendem Satz beschrieben:

„Dabei ist das Verfahren auf die Einleitung eines psychoanalytischen Prozesses ausgerichtet, unter Wahrung der Abstinenz und zurückhaltender Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung“  
(Rüger, Dahm, Dieckmann & Neher, 2014, S. 42)<sup>96</sup>.

Dieser Satz kommt in der 11. Auflage des „Faber/Haarstrick-Kommentars“ nicht mehr vor (vgl. Dieckmann et al., 2018). Es drängt sich der Eindruck auf, dass dies mehr ist als eine redaktionelle Kosmetik. Vielmehr bildet sich hier eine Auffassung von TP ab, die im Verfahren etwas anderes sieht als eine auf Teilziele begrenzte Psychoanalyse im Sitzen (vgl. Rüger, 2020; s. Kap. 5+6). Denn es steht im Einklang mit neueren Veröffentlichungen zur TP als eigenständiges Behandlungsverfahren. Die genannte „flexible Abstinenz“ steht in engem Zusammenhang mit der Balance von Übertragungs- und Realbeziehung, wie sie etwa Körner (1989, 2014) für die relationale Psychoanalyse beschreibt.

Innerhalb der TP können Techniken angewandt werden, welche unter strikter Abstinenz nicht möglich sind:

„Das ‚Sprechen über‘, das als Kernstück auch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gesehen werden kann, kann durch Techniken, die meist sehr direkt das Erleben und Verhalten der Patienten betreffen, angereichert werden. [...] Als Beispiele für Techniken, die in eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie integriert werden können, werden der Rollentausch, körperbetontes Arbeiten sowie Techniken aus der Gestalttherapie oder der Verhaltenstherapie vorgestellt.“  
Gumz & Hörz-Sagstetter (2018, S. 673f.)

Wichtig dabei ist zum einen, dass diese Techniken als *integrierbar* aufgefasst werden, damit also keine Modifikation wesentlicher Merkmale des Grundkonzeptes darstellen. Und zum anderen, dass genannte Techniken eine flexible Abstinenz voraussetzen.

Die flexible Abstinenz wird im selben Band als grundsätzlich für die TP notwendige Möglichkeit dargestellt:

„Eine sicherheitsgebende Haltung lässt sich z.B. schwer zusammenbringen mit sehr strikter Abstinenz, die für viele Patienten verunsichernd und kommunikationsfeindlich wirkt.“  
(Jaeggi, 2018, S. 693)

---

<sup>96</sup> Die Unterscheidung der psychoanalytischen Prozesse in TP und AP wurde vor allem über die niedrigere Frequenz, das unterschiedliche Setting sowie die in der TP definierten Teilziele getroffen.

Dies steht im Einklang mit Auffassungen zum Umgang mit der Übertragung in der TP, nach der eine höhere Aktivität fast schon zwangsläufig eine selektive Abstinenz bedingt – und das nicht nur dem „Prinzip Antwort“ bei schweren Strukturstörungen folgend, sondern *standardmäßig* in der TP (vgl. Ermann, 2016, S. 532; Boll-Klatt & Kohrs, 2018, S.145; Hauten, 2018, S.260). Das Therapeut\*innenverhalten soll nach dieser Vorstellung der jeweiligen Patient\*innensituation *angepasst* – und damit flexibel gehalten – werden:

„Eine konsequente Orientierung an den Interessen des Patienten hat zur Folge, dass die Forderung nach Abstinenz nicht durch ein einförmiges Therapeutenverhalten eingelöst werden kann, am wenigsten durch ein durchgängig anonymes und betont zurückhaltendes Verhalten aufseiten des Therapeuten. Ein solches Verhalten mag sinnvoll sein, wenn bei höherstrukturierten Patienten mit Konfliktpathologie die Förderung von Übertragungsmanifestationen [...] indiziert ist (was bei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien selten vorkommen dürfte). [...] Um dem Abstinenzgebot gerecht zu werden, sollte das Verhalten des Therapeuten auf die jeweiligen Zielsetzungen der Behandlung abgestimmt werden.“  
(Wöller & Kruse, 2018, S.125)

In der Konsequenz bedeutet das, dass auch der flexiblere Umgang mit der Abstinenz in der TP eigentlich keine „Modifikation“ darstellt, sondern als Teil der gegenwärtigen Konzeption von TP aufgefasst werden kann. Die Abstinenz soll an die jeweiligen Fallbesonderheiten angepasst werden. Damit ist sie per definitionem flexibel, denn eine strikte Abstinenz würde gemäß einer für alle Fälle gültigen technischen Regel immer gleich gestaltet werden<sup>97</sup>.

In Tabelle 1 ist abzulesen, dass aus Sicht des „Faber/Haarstrick-Kommentars“ die „flexible Abstinenz“ den *einzigsten* Unterschied zwischen einer Standard-TP und einer auf Strukturstörungen angepassten TP darstellen soll. Wenn aber die flexible Abstinenz ebenfalls ein Kennzeichen der TP als solcher ist, dann entfällt dieser Unterschied. Die „strukturbezogenen Modifikationen“ in der TP sind demnach, anders als im 11. „Faber/Haarstrick-Kommentar“ dargestellt, im eigentlichen Sinne keine Modifikationen. Sie sind vielmehr als methodische „Add-Ons“ aufzufassen, wie sie an anderer Stelle im „Faber/Haarstrick-Kommentar“ beschrieben werden (z.B. durch Einbezug spezifischer traumatherapeutischer Elemente).

Zusammengefasst ist hier als Ergebnis des Zusammenspiels mehrerer Faktoren folgendes festzuhalten: Der Einbezug verschiedener Techniken in das Interventionsrepertoire der TP ist auf der einen Seite dadurch erklärbar, dass die TP von Behandler\*innen mit diversifizierten theoretischen Wurzeln durchgeführt werden kann. Zum anderen sind diese technischen Erweiterungen (im Sinne von Add-Ons) Ergebnis einer Konstituierung der TP als „psychodynamische Psychotherapie“, die sich vor allem durch Veränderungen der Technik anhand klinischer Notwendigkeiten auszeichnet.

Vor diesem Hintergrund scheint es zulässig, die TP als ein Verfahren aufzufassen, das flexibel auf verschiedene Anforderungen reagieren kann und insofern als Breitbandtherapeutikum zu verstehen ist. Bei spezifischen Anforderungen des Falls (z.B. bei strukturellen oder Persönlichkeitsproblematiken, bei Traumafolgestörungen) können methodische Zusätze verwendet und/oder Akzentverschiebungen in den zentralen Prozessvariablen vorgenommen werden, ohne dass das Verfahren als solches „modifiziert“ werden müsste. Das konturiert das Bild der TP in einer Weise, die sich von einer früheren Sicht als „kürzere Psychoanalyse“ deutlich unterscheidet (vgl. Kap. 8.3)

---

<sup>97</sup> Innerhalb der psychoanalytischen Theorie ist das Konzept der strikten Abstinenz ebenfalls einem Wandel unterworfen (vgl. Bohleber, 2018; Ermann, 2014; Körner, 1989, 2014).



## **8. Inhaltliche und begriffliche Neubestimmung der TP**

In Kapitel 5 wurde dargestellt, wie die TP aufgrund von versorgungspolitischen Notwendigkeiten und als Kompromisslösung für berufs- und machtpolitische Auseinandersetzungen implementiert wurde. Die TP zeichnete sich zu Beginn durch eine begriffliche und behandlingstechnische Unschärfe aus. Die Verwendung der Begriffe „Tiefenpsychologie“ und „tiefenpsychologisch“ war in der Fachöffentlichkeit uneinheitlich. Als Behandlungskategorie war die TP absichtsvoll als „Leerkategorie“ gefasst worden, die es noch zu füllen galt.

In Kapitel 6 und 7 wurde dieser Prozess der inhaltlichen Ausgestaltung der TP beschrieben, an dessen vorläufigem Endpunkt die TP als ein Behandlungsverfahren mit eigenständigem Profil und breitem Indikationsspektrum in der Landschaft der Psychotherapien dasteht. Vor dem Hintergrund, dass erst Jahrzehnte nach ihrer Einführung genauer bestimmt werden kann, was die TP inhaltlich ausmacht, soll im Folgenden auch die Begriffsverwendung noch einmal neu diskutiert werden.

### **8.1. Begriffliches Verhältnis von PDP und TP**

Historisch gesehen waren die Begriffe „Tiefenpsychologie“ und „Psychoanalyse“ zunächst Synonyma. Im Rahmen des in Kapitel 7.1. beschriebenen programmatischen Projekts der Einführung von „Psychodynamischer Psychotherapie“ als Konzept und als Begriff untersucht Rudolf die Heterogenität des Begriffs Tiefenpsychologie:

„Das genuine Programm ist jedenfalls ein rein psychoanalytisches. In der 15-bändigen Enzyklopädie *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts* (erschieden 1976-1981) firmieren in der Ausgabe von Beltz (1982) 4 Bände mit 2500 Seiten unter dem Titel „Tiefenpsychologie“. [...] Das Wort Tiefenpsychologie taucht außer im Titel kaum irgendwo auf, offenbar bedeutet es hier das Gesamte des psychoanalytischen Wissens in Abgrenzung zu den zentralen Themen der akademischen Psychologie“  
(Rudolf, 2001, S.13).

In Kapitel 5 wurde die Auflösung der Begriffseinheit von „Tiefenpsychologie“ und „Psychoanalyse“ sowie die uneinheitliche Verwendung des Begriffs „Tiefenpsychologie“ dargestellt.

Mit Blick auf den Begriff „Tiefenpsychologie“ ist eine Entwicklung erkennbar, die bei einer Ununterscheidbarkeit zwischen „Tiefenpsychologie“ und „Psychoanalyse“ beginnt und mit einer zunehmenden Profilschärfung fortschreitet. Wie in Kapitel 5.2 dargestellt, wurde vor der Einführung der PTRL der Begriff „Tiefenpsychologie“ zuweilen als übergeordnete Kategoriebezeichnung verwendet; entweder für alle psychodynamischen Verfahren inklusive der Psychoanalyse oder für alle von der Psychoanalyse abgeleiteten Verfahren exklusive der Psychoanalyse (vgl. Schultz-Hencke, 1954; Görres et al., 1964; Hoyos, 1964). Heiß (1956) etwa verwendet den Begriff „Tiefenpsychologie“ als übergeordnete Kategorie für alle im weiteren Sinne von der Psychoanalyse abgeleiteten Ansätze. Dührssen (1972) hingegen verwendet ganz andere Begriffe. Sie beschreibt sehr praxisnahe die damals seit 5 Jahren als Richtlinienpsychotherapien eingeführten Verfahren und legt empirische Ergebnisse dazu vor. Allerdings wählt sie als Oberbegriff „Analytische Psychotherapie“ (vermutlich in Würdigung ihres Lehrers Schultz-Hencke), bezeichnet dann das Richtlinienverfahren TP mit dem Namen

der von ihr entwickelten „dynamischen Psychotherapie“, die Richtlinien-AP hingegen mit „Psychoanalyse“.

Im Rahmen der versorgungspolitisch bedingten Einführung der Richtlinienpsychotherapie wurde der Begriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ als „Leerkategorie“ geschaffen, der erst im Verlauf von jahrzehntelanger Praxis inhaltlich gefüllt wurde. Mit Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1998/1999 wurde die TP zunehmend deutlicher profiliert, was mit dem in Kapitel 7.1 beschriebenen „Projekt Psychodynamische Psychotherapie“ korrespondiert. Diese wissenschaftstheoretische Bewegung zielte darauf ab, die PDP als von der Psychoanalyse abgrenzbaren Ansatz zu definieren. Dieses Ansinnen scheint erfüllt:

„Inzwischen werden auch im deutschsprachigen Raum analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als unterschiedliche Verfahren gleicher theoretischer Grundorientierung häufig unter der Sammelbezeichnung psychodynamische Psychotherapie zusammengefasst.“  
(Dieckmann et al., 2018, S.37)

Allerdings ist damit noch keine begriffliche Klarheit im Verhältnis von TP zu PDP hergestellt. Im Sprachgebrauch wird die TP häufig nur mit dem Oberbegriff „psychodynamische Therapie“ (PDP) bezeichnet.

In Hoffmanns Resümee über Herkunft, Stand und Zukunft der Psychodynamischen Psychotherapie taucht der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ nur einmal auf (vgl. Hoffmann, 2017, S.63).

Es scheint ein Bedürfnis danach zu geben, den sperrigen und international schwer erklärbaren und kaum übersetzbaren Begriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ durch den eingängigeren und leicht übersetzbaren Begriff „psychodynamische Psychotherapie“ zu ersetzen. Indes, ein – wie es scheint, „stillschweigendes“ – Umbenennen von TP in PDP schafft mehr Verwirrung als Klarheit:

„Es ist auch fraglich, ob die Kategorie ‚Psychodynamische Therapien‘ weiter brauchbar ist, wenn nicht genau das in den jeweiligen Therapien Gemachte dokumentiert wird und mit Kollegen in Form klarer Begrifflichkeiten ausgetauscht wird.“  
(Härdtle, 2004, S. 92)

Benennt man die TP als Verfahren in „Psychodynamische Psychotherapie“ um, dann fehlt ein übergreifender Begriff für die beiden „psychoanalytisch begründeten Verfahren“, also TP und AP. Verwendet man Psychodynamische Psychotherapie jedoch als Oberbegriff für die psychoanalytisch begründeten Verfahren – also für von der Psychoanalyse abgeleitete Verfahren, die nicht Psychoanalyse sind – dann fehlt weiterhin ein Begriff für jenen Bereich, der in Deutschland (und nur dort, vgl. Hoffmann, 2017) „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ heißt. Ist die TP eine Unterform der Psychodynamischen Psychotherapie, dann benötigt sie eben auch eine eigene Bezeichnung. Sie kann dann nicht in PDP umbenannt werden, ohne auf begriffliche Klarheit zu verzichten.

Die Notwendigkeit einer sicheren und eindeutigen begrifflichen und inhaltlichen Unterscheidung von TP und AP ist eine nur regional bedeutsame Fragestellung. Sie ergibt sich daraus, dass TP und AP als eigenständige Behandlungsverfahren im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung definiert sind. Sofern Psychoanalyse ausschließlich eigenfinanziert durchgeführt wird, stellt es kein Problem dar, alle von der Psychoanalyse abgeleiteten (kürzeren) methodischen Ansätze als *psychodynamic* zu

bezeichnen. „Psychodynamic Therapy“ ist dann sozusagen „der Rest, der nicht Psychoanalyse ist“.

Die Situation ist in Deutschland hingegen anders: Dadurch, dass die TP als eigenständiges Verfahren mit einer festen Kontingentierung an Behandlungsstunden definiert ist, benötigt sie auch eine Bezeichnung, die eine sichere *Unterscheidung* von den anderen psychodynamischen Ansätzen erlaubt. Dadurch, dass die AP als ein von der PA (durch Umfangsbegrenzung und Zielgerichtetheit) unterscheidbares Verfahren definiert wird, benötigt auch sie eine eigene Bezeichnung.

Die Notwendigkeit, zwischen „Verfahren“ und „Methode“ stringent zu unterscheiden (vgl. WBP, 2004), ergibt sich aus der deutschen Besonderheit der sozialrechtlichen Verankerung von Psychotherapie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Man könnte also zugespitzt umgekehrt formulieren: Hierzulande gibt es die „psychoanalytisch begründeten Verfahren“ TP und AP, welche sich als „psychodynamische Verfahren“ beschreiben lassen. „Psychoanalyse“ wäre dann der undefinierte Rest außerhalb des Gesundheitssystems.

Die notwendige begriffliche Klarheit für die in der Versorgung verankerten Verfahren wäre mit einer Umwidmung des Begriffs „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ in „Psychodynamische Psychotherapie“ nicht gewährleistet. Denn dann wäre wieder nicht klar, ob damit nun TP oder AP oder beides gemeint ist.

## **8.2.      *Neuvorschlag: Begriffsmodernisierung***

Zur begrifflichen Klarheit wäre es daher hilfreich, den bereits gut eingeführten Begriff der Psychodynamischen Psychotherapien (PDP) als Oberkategorie für *alle* psychoanalytischen Verfahren zu verwenden.

Hoffmann erneuert seine ebenfalls im zeitlichen und inhaltlichen Umfeld des beschriebenen „Projekt PDP“ (s. Kap.7.) vorgelegte Definition der PDP wie folgt:

„Die psychodynamische Therapie (PDP) bzw. die psychodynamischen Verfahren stellen Ableitungen von oder Modifikationen der psychoanalytischen Therapie dar. Die Konzepte des dynamischen Unbewussten, der Abwehr, der Übertragung und der Gegenübertragung sind auch bei ihnen gültig, kommen aber in der Therapie in unterschiedlicher Weise zum Tragen.“  
(Hoffmann, 2017, S. 63)

Nach dieser Definition liegt es nahe, die Psychoanalyse *nicht* unter die PDP zu fassen. Allerdings argumentiert Hoffman an selber Stelle damit, dass international die PDP unter Einbezug der PA aufgefasst werde:

„International hat sich der Begriff der psychodynamischen Psychotherapie (PDP) durchgesetzt, um die verschiedenen von der Psychoanalyse kommenden und eigenständig gewordenen Verfahren zu beschreiben. Schon in der 4. Auflage des maßgeblichen Psychotherapiehandbuchs von Bergin und Garfield (Hg.: 1994) heißt es nur noch summarisch „psychodynamic approaches“ (worunter sie auch die Psychoanalyse einschlossen)<sup>98</sup>.  
(Ebd.)

Diese Definition der Psychodynamischen Therapie *unter Einschluss* der Psychoanalyse trifft auch die Auffassung der DFT:

---

<sup>98</sup> In der aktuellen 6. Auflage von 2013 heißt das entsprechende Kapitel kürzer „Research on Dynamic Therapies“; die 7. Auflage wird 2021 erscheinen.

„Gegenwärtig ist die psychodynamische Psychotherapie neben der Verhaltenstherapie die erfolgreichste und maßgebende psychotherapeutische Schule. Ihr Spektrum reicht von der klassischen Psychoanalyse bis zu modernen Ansätzen wie der Mentalisierungsbasierten Therapie.“  
(DFT, 2017)

Die Ausklammerung der Psychoanalyse (in ihrer „tendenzlosen Form“, vgl. Freud, 1919, S. 194) aus den psychoanalytisch begründeten Verfahren ist nur mit Blick auf die Psychotherapie-Richtlinien notwendig. Konzeptionell könnte der Begriff PDP weiter gespannt werden und Psychoanalyse mit einschließen.

In Kapitel 7.1 wurde das „psychoanalytische Kontinuum“ diskutiert. Es wäre angesichts der Ausdifferenzierung des psychoanalytischen Feldes inhaltlich und konzeptionell schwer anzugeben, welche psychoanalytischen Behandlungsformen als „Psychoanalyse“ und welche als „von der Psychoanalyse abgeleitet“ zu gelten hätten. Denn heute werden z.B. die beiden Ansätze, die historisch als erstes von der Psychoanalyse deutlich abgegrenzt wurden – Individualpsychologie und Analytische Psychologie – ebenfalls im Rahmen der AP als „psychoanalytische begründete Verfahren“ untergebracht.

Legt man die in Abbildung 2 vorgeschlagene Matrix für alle Psychotherapieansätze zugrunde, dann lässt sich eine differenzierte Taxonomie der PDP herstellen:

$$\mathbf{PDP = (PA+AP)+mAP+TP+X}$$

**PDP=Psychodynamische Psychotherapie**

**PA=Psychoanalyse**

**AP=Analytische Psychotherapie**

**mAP=modifizierte Analytische Psychotherapie**

**TP=Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

**X=Restkategorie**

**()=Settingbesonderheit Liegen**

Es wäre mit PDP als Oberbegriff möglich, alle psychodynamischen Ansätze (also die psychoanalytische begründeten und die im engeren Sinne psychoanalytischen) unter ein Dach zu stellen.

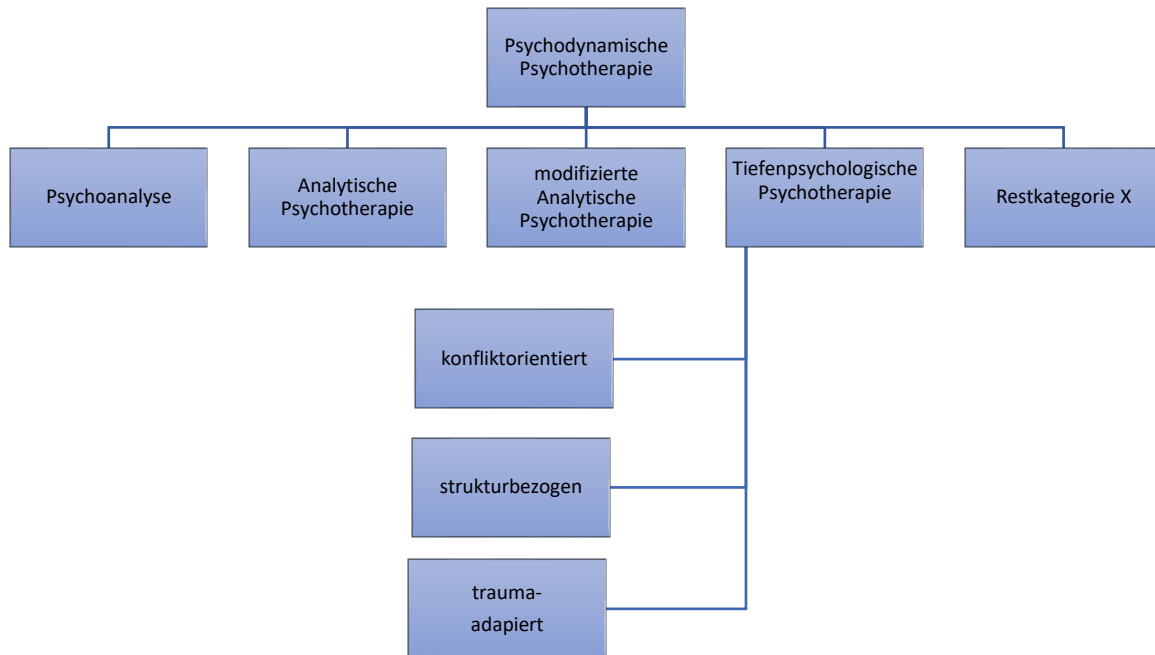
Dazu gehören die im engeren Sinne „psychoanalytischen“ Therapien Analytische Psychotherapie im Rahmen der PTRL sowie die Psychoanalyse außerhalb der PTRL, welche sich durch die Regressionsförderung im liegenden Setting deutlich von den anderen Ansätzen unterscheiden (verdeutlicht durch die Klammern). Ebenfalls können die Ansätze „modifizierte Analytische Psychotherapie“ sowie „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ dargestellt werden. Eine Restkategorie „X“ wird benötigt, um jene methodischen Ansätze unterzubringen, die zwar unterschiedlich große psychodynamische Anteile aufweisen, in ihrer Anwendung aber nicht auf TP oder AP in den Richtlinienbehandlungen beschränkt sind (z.B. Hypnotherapie, Ego-State-Therapie; Psychodynamisch-Imaginative Therapie (PITT); Katathymes Bilderleben (KIP)).

Bei dieser taxonomischen Ordnung kann der Begriff TP jedoch nicht mit dem Begriff PDP ersetzt werden. Es besteht damit weiterhin die Notwendigkeit eines Begriffs für das spezifische TP-Verfahren. Hier kann ein sehr pragmatischer Vorschlag gemacht werden: Statt einen neuen Begriff zu erfinden, könnte man den alten Begriff modernisieren und anpassen.

Wenn man die Abkürzung „TP“ beibehalten möchte, könnte der ausgeschriebene Begriff von „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ zu „Tiefenpsychologische Psychotherapie“ verkürzt werden:

## TP = Tiefenpsychologische Psychotherapie

Abbildung 3 veranschaulicht den taxonomischen Vorschlag: Die TP lässt sich einfügen in ein psychodynamisches Kontinuum. Zur differenzierteren Beschreibung lässt sich angeben, auf welchen der ätiopathogenetischen Faktoren (Konflikt, Struktur, Trauma) fokussiert wird.



**Abbildung 3:** Tiefenpsychologische Psychotherapie – Einordnung in der PDP

Die Bezeichnung „Tiefenpsychologie“ zur Beschreibung der TP ist begriffshistorisch problematisch, denn, wie in Kapitel 8.1 beschrieben, hat sich der Begriff „Tiefenpsychologie“ gewandelt vor dem Hintergrund und in Zusammenhang mit inhaltlichen und behandlungstheoretischen, aber auch berufspolitischen Prozessen. Begriffshistorisch besteht hier also die Gefahr, erneut einen (veralteten) Oberbegriff für die Bezeichnung einer spezifizierten Unterkategorie zu verwenden. Dieser Einwand gilt jedoch nur, solange „Tiefenpsychologie“ im historischen Sinne als Vorläufer und synonym mit „Psychoanalyse“ verstanden wird.

Dies hingegen dürfte vermutlich im gesamten deutschen Sprachraum, mindestens aber in Deutschland durch 50 Jahre Richtlinienpsychotherapie nicht mehr der Fall sein. Es lässt sich eine Entwicklung von Begriffen aufgrund ihrer sprachlichen Verwendung identifizieren.

Es handelt sich dabei um eine Variante vom „Duden-Phänomen“: Einerseits gibt der „Rat für deutsche Rechtschreibung“ (RDR) von oben nach unten die amtlichen Rechtschreibregeln vor. Andererseits wird aber auch (von unten nach oben) „dem Volk aufs Maul geschaut“ in dem Sinne, dass dauerhaft und von vielen „falsch“ Geschriebenes irgendwann in das Regelwerk als Anpassung an die Realverwendung von Sprache aufgenommen wird.

Die Begriffsveränderung von „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ zu „Tiefenpsychologische Psychotherapie“ wäre dann korrekt im Sinne eines Abbilds der Realverwendung des Begriffs in der gesprochenen Fachsprache:

Psychotherapeut\*innen verwenden den Begriff TP konsequent „falsch“ im Sinne der Richtlinien-Nomenklatur. Wenn sich Fachkolleg\*innen miteinander unterhalten und die verschiedenen Ansätze benennen wollen, klingt das ungefähr so:

„die Verhaltenstherapeuten meinen,...;  
die Psychoanalytiker sagen, ...;  
die Tiefenpsychologen finden, ...“.

Oder, noch kürzer:

„die VTler -- die Analytiker -- die TPler“.

Das bedeutet, im realen Sprachgebrauch wird „TP“ als Abkürzung für einen anderen als den Originalbegriff verwendet. Die begriffliche Langform in der *gesprochenen* Sprache ist nicht „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“, sondern „Tiefenpsychologie“ oder „tiefenpsychologische Psychotherapie“<sup>99</sup>.

Inhaltlich gemeint hingegen ist nicht die „Tiefenpsychologie“ in der Begriffsbedeutung des ausgehenden 19. Jahrhunderts, sondern die „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ des 21. Jahrhunderts. Vor diesem Hintergrund wäre es konsequent, das ungeliebte, kaum übersetzbare und in der gesprochenen Sprache meistens ohnehin ignorierte Adjektiv „fundiert“ schlicht aus dem Begriff zu streichen<sup>100</sup>.

Das Problem der internationalen Übersetzbarkeit hingegen bleibt bestehen. Zuweilen wird im internationalen Sprachgebrauch „depth psychotherapy“ (und eben nicht „psychodynamic psychotherapy“ oder „psychoanalytic psychotherapy“) als Oberbegriff für die in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg bestehenden drei psychoanalytischen Schulen (Freud, Adler, Jung; siehe Kapitel 3 und 4) verwendet. Wie beim „Kindler“ wird damit der Oberbegriff Tiefenpsychologie für divergierende psychoanalytische Ansätze verwendet.

Das Übersetzungsproblem wird sehr wahrscheinlich unabhängig von der Begriffswahl bestehen bleiben, da es nicht nur einer sprachlichen, sondern vor allem einer inhaltlichen Übersetzung bedarf. Die deutschen Psychotherapie-Richtlinien müssen immer erklärend übersetzt werden, weil diese Form der Verankerung von Psychotherapie in der öffentlichen Gesundheitsversorgung eine regionale Besonderheit darstellt.

Die Situation ist im Übrigen für die VT ganz ähnlich: Was in Deutschland als „Verhaltenstherapie“ gilt, ist alles andere als identisch mit dem international gebräuchlichen Begriff CBT (cognitive behavioral therapy). In den PTRL heißt die Bezeichnung zwar pauschal Verhaltenstherapie, die inhaltliche Beschreibung jedoch gilt deutlich einer KVT (kognitive Verhaltenstherapie). Ansätze der „Dritten Welle“ sind im Begriff VT mitgemeint, ohne dass sie explizit im Namen auftauchen (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017). Darüber hinaus hat die in

---

<sup>99</sup> Der Sprachgebrauch hat also jenen Begriff aufgegriffen, der zunächst als Oberbegriff für von der Psychoanalyse abgeleitete Verfahren in der Diskussion war, verwendet ihn aber als Bezeichnung für eine spezielle Methode, nämlich die Richtlinien-TP (vgl. Kap. 5).

<sup>100</sup> Aus sprachästhetischer Perspektive wäre es noch eleganter, auch gleich mit der Silbendopplung „psycho“ aufzuräumen (wie es gegenwärtig bei der Begriffsverschlangung von „Psychologische/r Psychotherapeut/in“ zu „Psychotherapeut\*in“ geschieht). Man könnte auch „Tiefenpsychologische Therapie“ sagen. Dies wird indes nicht vorgeschlagen, einfach weil die Abkürzung „TP“ (im Gegensatz zum korrekten Langbegriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“) sehr gut etabliert und erhaltenswert ist. „TP“ als Abkürzung erscheint sehr sinnvoll, u.a. weil die ältere Abkürzung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie („TfP“) eine hohes Verwechslungspotenzial mit der übertragungsfokussierten Psychotherapie (transference focussed psychotherapy, TFP) hat. Eine neue Abkürzung (der Logik folgend dann „TT“) einzuführen, könnte mehr Verwirrung als Klarheit mit sich bringen.

Deutschland als „VT“ durchgeführte KVT sehr wenig mit den deutlich kürzen CBTs im internationalen Sprachgebrauch zu tun – außerhalb Deutschlands dürfte ein Umfang von 80 Sitzungen in einem verhaltenstherapeutischen Verfahren unbekannt sein.

### **8.3. Abgrenzung von TP und AP**

Wenn nun aber TP und AP (und mAP, PA und x) Unterformen der PDP sind, worin unterscheiden sie sich dann?

In Kapitel 5 wurde dargestellt, dass TP und AP in den ersten PTRL noch nicht differenziert beschrieben wurden. Die von Kohlhausen (1967b) in Aussicht gestellte differenzielle Indikation wurde erst sehr viel später in einem langen Prozess vorgenommen, der eine theoretisch-behandlungstechnische Auswertung der praktischen Anwendung darstellt. In Kapitel 6 und 7 wurde beschrieben, dass dieser Prozess seit der Jahrtausendwende nach Inkrafttreten des ersten Psychotherapeutengesetzes und im Rahmen des Begriffsbildungsprozesses „Psychodynamische Psychotherapie“ besonders Fahrt aufnahm.

Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 liegt etwa in der Mitte dieses Prozesses. Dadurch, dass es nun eigenständige Ausbildungszweige für TP gab, erhielt die Frage der Unterscheidung der beiden Verfahren eine neue Bedeutungsebene. Denn dass sich TP und AP auch getrennt voneinander lehren lassen, führte zur Schaffung neuer Strukturen in der Landschaft der Ausbildungsinstitute. Zuvor war die Fachkunde in TP als „Nebenprodukt“ einer psychoanalytischen Ausbildung oder im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung erlangt worden. Durch diese Gesetzesreform wurde es möglich, TP auch an Instituten zu erlernen, die nicht Psychoanalyse lehren.

Härdtle führt in einer Auswertung des Entwicklungsstandes einige Jahre nach Einführung des PsychThG die Begriffe „Hierarchie“ und „Parallelität“ ein. Damit wird es möglich, eine „traditionelle“ Konzeption der TP einer „eigenständigen“ Konzeption der TP gegenüberzustellen (Härdtle, 2004, S. 93ff.).

In der traditionellen, hierarchischen Vorstellung ist die TP eine knappere Unterform der Psychoanalyse:

„Bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie handelt es sich um ein Behandlungsverfahren, das in die psychoanalytische Theorie und behandlungspraktische Erfahrungsbildung eingebettet ist (Loch 1979; Heigl-Evers u. Heigl 1982). Es ist als ein psychoanalytisches Verfahren – ebenso wie andere verkürzte Varianten der Anwendung der Psychoanalyse als Behandlungsverfahren – definiert, das dementsprechend auch nur auf der Grundlage einer psychoanalytischen Kompetenz angemessen ausgeübt werden kann.“

(Tenbrink, 2002, S. 132)

Nach dieser Vorstellung dürfte es also keine eigenständigen TP-Institute geben. Insbesondere angesichts der hohen Versorgungsrelevanz der TP ist die Frage, wer diese Ausbildungen anbieten darf, ein für die Institute auch wirtschaftlich relevanter Faktor. Da die TP-Institute im Vergleich zu den psychoanalytischen Instituten in kürzerer Zeit mehr Therapeut\*innen ausbilden können, stellen sie eine ernsthafte Konkurrenz im Verteilungskampf auf dem Psychotherapie-Ausbildungsmarkt dar.

Die „Parallelität“ hat sich indes nicht aufhalten lassen. In Kapitel 6 wurde die Entwicklung der TP beschrieben, die zu einer gegenwärtigen Konzeption der TP als ein *anderes*, eigenständiges, der Psychoanalyse nicht untergeordnetes psychodynamisches Verfahren führte:

„Anfangs wurde der TP die Möglichkeit zugeschrieben, weniger schwere Fehlentwicklungen in begrenzter Zeit zu korrigieren. Unter dem Einfluss von Psychotherapieforschung hat sich das Bild gewandelt. TP vermag gerade durch den Einsatz fokal zentrierten Vorgehens schwierige Persönlichkeitsprobleme zu bearbeiten, während es umgekehrt schwierig sein kann, eine tiefgreifende Persönlichkeitsproblematik in 300 Sitzungen analytischer Psychotherapie übertragungszentriert zu bearbeiten. In der TP wird also nicht weniger erreicht, sondern es kann etwas Anderes erreicht werden als in der AP.“  
(Rudolf, 2019, S. 18)

In Kapitel 1.1 wurde aus dem Editorial der Zeitschrift „Psychodynamische Psychotherapie“ zitiert. Gründungsmotiv der Zeitschrift war es, der TP ein eigenes Forum außerhalb des psychoanalytischen Diskurses zu eröffnen, damit sie ein eigenständiges Profil entwickeln könne. 18 Jahre später wird diese Thematik erneut im Editorial der PDP aufgenommen:

„Während jedoch seinerzeit stärker die Entwicklung einer eigenen Identität und Profilierung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im Zentrum stand – nicht zuletzt aus berufspolitischen Gründen und dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz –, scheint es uns nun geboten, den eigentlichen Kern der psychodynamischen Psychotherapie wieder mehr zu betonen – und zwar weniger in Abgrenzung von, sondern vielmehr in Ergänzung zur analytischen Psychotherapie.“  
(Spitzer, Boll-Klatt & Euler, 2020, S. 1f)

Diese Bestandsaufnahme macht deutlich, dass die Autor\*innen selbstbewusst ein eigenständiges Profil für die TP konstatieren.

Die grundlegenden Vergleichskriterien in den Arbeiten, die sich mit dem Unterschied zwischen TP und AP beschäftigen, sind Fragen der Indikation und der Technik (z.B. Rüger, 2020; Rudolf, 2019; Jungclaussen, 2018; Rudolf, 2017; Hoffmann, 2017; Ermann, 2016; Mertens, 2016; Härdtle, 2004; Rüger, 2002; Tenbrink, 2002; Rudolf & Rüger, 2001; Cierpka, 2000; Lieberz, 1998; Mertens, 1990).

Tabelle 2 zeigt eine grobe Einteilung nach dieser Logik.

	<b>TP</b>	<b>AP</b>
Indikation	Aktualkonflikte dimensionale Strukturelle Störungen Traumafolgestörungen mit Gegenwartsbezug eher akute Störungen psychosoziale Probleme	Grundkonflikte Charakterpathologien Traumafolgestörungen ohne Gegenwartsbezug eher chronische Störungen intrapsychische Probleme
Zielsetzung	Bewältigung	Umstrukturierung
Technik	Durcharbeiten: Beachtung von Übertragung/Widerstand psychogenetisches Selbstverständnis herstellen ggf. Traumazentrierung ggf. Strukturzentrierung	Durcharbeiten: Übertragungsanalyse Widerstandsanalyse Klären, Konfrontieren, Deuten

**Tabelle 2:** Grobraster zur Unterscheidung von TP und AP



Im Grunde wurde damit die von Kohlhausen (1967b) vorweggenommene Entwicklung einer differenziellen Indikation für TP und AP eingelöst. Am Beginn dieser Indikationskonzepte wurden den Verfahren verschiedene Störungsbilder zugeordnet: TP ist für „leichtere Fälle“ geeignet (ein fokaler Konflikt, bewusstseinsnahe und psychosozial), während die AP für komplexere Fälle (mehrere, geschichtete, intrapsychische Konflikte, Persönlichkeitsstörungen) als geeignet erachtet wurde.

Spätestens durch die Entwicklung der tiefenpsychologischen Behandlungsoptionen für strukturelle Störungen ist diese Unterscheidung aber nicht mehr haltbar (s. Kapitel 7.4), denn es werden dadurch andere Indikationsbereiche als „leichte und aktuelle Störungen“ für die TP gesehen.

Darüber hinaus berührt die Frage der Indikation grundsätzliche Probleme in der klinischen Praxis (vgl. Froberg, 2006). Die differenzielle Indikationsstellung steht in enger Verbindung mit störungsbezogenen Therapiekonzepten, wie sie vor allem in der Verhaltenstherapie Standard sind (vgl. Margraf & Schneider, 2009).

Eine Indikation aus dem Störungsbild heraus lässt sich sehr gut in der Laborsituation an Forschungsinstituten entwickeln. Daraus abzuleitende Leitlinien sind dann auch in besonderem Maße dazu geeignet, gesundheitspolitische Kostenoptimierungen vorzunehmen. In diese Richtung gehen die gegenwärtigen Bestrebungen im Gesundheitsministerium (BMG, 2019d): Eine gestufte Versorgung soll dazu dienen, einzelnen Diagnosen fixe Behandlungskontingente zuzuordnen. Aus der Logik einer sparsamen Verwendung von Mitteln ist diese Überlegung einleuchtend: Wenn alle zugelassenen Verfahren alles gleich gut behandeln können, dann benötigen wir keine verschiedenen Verfahren mehr – bzw. können wir auf die teureren Interventionen verzichten. Eine der Behandlung vorgeschaltete Einschätzung kann dann Behandlungskontingente entlang der Diagnostik festlegen<sup>101</sup>.

Aus wissenschaftstheoretischer Sicht ist dies indes umstritten, was auch in der Verhaltenstherapie wahrgenommen wird:

„Westmeyer (1981) sieht in der differenziellen Indikationsfrage ein Relikt des frühen logischen Empirismus und damit eines andernorts überwundenen wissenschaftstheoretischen Standpunkts. Da eine einzelne Studie die allgemeine Indikationsfrage nicht beantworten könne, sei eine kumulative Antwort über verschiedene Studien nötig. [...] Anstelle der anspruchsvollen allgemeinen Indikationsfrage könne lediglich die bescheidenere Frage bearbeitet werden: ‚Wie lässt sich therapeutisches Handeln rechtfertigen bzw. begründen?‘ Unabhängig davon, ob man der wissenschaftstheoretischen Analyse Westmeyers grundsätzlich zustimmt oder nicht, kann nicht bestritten werden, dass eine praktikable Lösung der allgemeinen Indikationsfrage nicht in Sicht ist. Daher ist die Begrenzung auf bescheidenere Formulierungen in jedem Fall angebracht.“  
(Margraf & Schneider, 2009, S.205)

Das Fazit aus diesen Überlegungen innerhalb einer störungsspezifischen Logik ist dann ein behandlungspraktischer Pragmatismus:

„In der Praxis müssen Therapeuten über fachwissenschaftliche Begründungen hinaus auf andere Wissensbereiche zurückgreifen. Dazu zählen auch nicht

---

<sup>101</sup> Diese Logik ist nicht ganz neu. Sie findet im Rahmen der Versorgung statt bei Privatkassenbehandlungen. Die VT wird traditionell von Privatkassen etwas besser vergütet als die TP. Das liegt darin begründet, dass durch die geringere Stundenzahl die Gesamtkosten für die Psychotherapie dann in etwa gleichgroß sind (die AP muss in diesen Versorgungskontexten anders und gesondert begründet werden).

überprüfte Annahmen, individuelle praktische Erfahrungen, Experten- und Kollegenmeinungen sowie Alltagswissen.“  
(Ebd.)

In der Richtlinienpsychotherapie steht die Indikationsfrage vor zwei grundsätzlichen Problemen. Zum einen sind *alle* Verfahren für *alle* Störungen zugelassen<sup>102</sup>. Eine differenzielle Indikation stellt damit einen logischen Widerspruch dar, denn es würde bedeuten, den Indikationsraum einzelner Verfahren einzuschränken. Zum anderen sind alle Richtlinientherapien verfahrensübergreifend dem „bio-psycho-sozialen“ Krankheitsverständnis verpflichtet, was zwangsläufig eine individualisierte, also adaptive Indikation (vgl. Sack, 2019, S. 54) erfordert:

„Die im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie anerkannten Verfahren können grundsätzlich bei allen unter §26 der Richtlinie aufgeführten Krankheitsbildern angewandt werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind. Eine bestimmte Diagnose bestimmt damit nicht zwangsläufig die Indikation eines bestimmten Behandlungsverfahrens. Die Wahl des Behandlungsverfahrens ist immer bezogen auf den konkreten Einzelfall zu begründen.“  
(Dieckmann et al., S.27)

Die Psychotherapie-Richtlinien lösen diese Problemstellung ganz wesentlich darüber, dass in die Indikationsentscheidungen adaptive Momente auch dadurch einfließen, dass das Verfahren vom Ergebnis her gewählt wird:

„Die Indikation eines Behandlungsverfahrens ergibt sich nicht allein aus der Krankheitsdiagnose, sondern vor allem aus der Behandlungszielsetzung. Dabei ist entscheidend, mit welchem therapeutischen Vorgehen eine nachhaltige Änderung der für die aktuelle Krankheitssymptomatik relevanten psychischen Krankheitsdispositionen erreicht werden kann.“  
(Ebd., S. 26)

Diese Zielsetzungen hingegen lassen sich differenziert beschreiben. Für die psychodynamischen Therapien sind das auf der einen Seite die therapeutischen Foki, die die/der Therapeut\*in aufgrund ihrer/seiner Hypothesen über die unbewusste Psychodynamik setzt (bei unbewussten Vorgängen sieht die/der Patient\*in diese Ziele zunächst zwangsläufig nicht). Auf der anderen Seite sind es die konkret benennbaren, gemeinsam von Patient\*in und Therapeut\*in erarbeiteten Zielzustände nach der Behandlung.

Eine solche „Zielverhandlung“ enthält notwendigerweise auch eine Verständigung über den Weg dorthin. In keinem der Verfahren wäre eine Zielvereinbarung im Sinne von „die Symptome sollen weg“ hinreichend, weil es nicht dem ganzheitlichen Krankheitsverständnis entspricht (vgl. Dieckmann et al., 2018, S. 12). Durch diese Zielverhandlungen enthalten alle Richtlinienverfahren adaptive Indikationsmomente.

In dem Aushandlungsprozess über die zu erreichenden Ziele wird gleichzeitig – und manchmal implizit – ein Abgleich hinsichtlich der „Passung“ zwischen Patient\*in und Therapeut\*in stattfinden (vgl. Castonguay & Hill, 2017).

Dies stellt den Anschluss dar zum Forschungsstand: Seit 1999 beforscht die American Psychological Association empirisch die Bedingungen, unter denen therapeutische Beziehungen hilfreich sind sowie die Faktoren, wie Therapiebeziehungen erfolgreich gestaltet werden können. Die Ergebnisse der inzwischen dritten Task Force<sup>103</sup> deuten in die Richtung,

---

<sup>102</sup> Denn ein breites Indikationsspektrum ist die Voraussetzung dafür, als Verfahren anerkannt zu werden.

<sup>103</sup> Third Interdivisional American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness. vgl. Norcross & Lambert, 2018

dass Therapien dann erfolgreich sind, wenn sie auf die Bedürfnisse der Patient\*innen hin angepasst werden (adaptive Indikation), statt dass selektiv und/oder differenziell Methoden gewählt werden:

„The clinical reality is that no single psychotherapy is effective for all patients and situations, no matter how good it is for some. Clinical practice has come to demand a flexible, if not integrative, perspective. [...] Concisely put, no theory is uniformly valid and no mechanism of therapeutic action is equally applicable to all individuals. As a consequence, the goal is to select different methods, stances, and relationships according to the patient and the context. The result is a more efficient and efficacious therapy — and one that fits both the client and the clinician.“  
(Norcross & Wampold, 2018, S. 6)

Im Grunde ist diese Forderung einer adaptiven Modifikation der Technik bereits früh im Konflikt zwischen „Bewahren und Erneuern“ psychoanalytischer Behandlungsmethoden angelegt:

„As long as the psychoanalytic method of treatment was considered a single procedure, the analyst – whether he was aware of it or not – selected his patient to fit his technique; (...) Such a state of affairs is far from satisfactory. (...) In psychotherapy, as in all therapy, the physician must adapt his technique to the needs of the patient.“  
(Alexander & French, 1946, S.25)

Diesen Anforderungen einer adaptiven Indikation und flexiblen Behandlungskonzeption kann sich die TP besonders gut stellen:

„Die damalige Entscheidung, ‚in Ergänzung‘ zur methodisch festgelegten analytischen Psychotherapie ein adaptiveres Behandlungsverfahren in die Patientenversorgung einzuführen, hat sich als außerordentlich fruchtbar erwiesen. Während in der analytischen Psychotherapie noch lange eine selektive Behandlungsindikation gepflegt wurde (Ist der Patient für eine analytische Psychotherapie geeignet?), ermöglicht die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine eher adaptive Indikationsstellung, in der auch Besonderheiten des Krankheitsbildes und der sozialen Lebenssituation eines Patienten berücksichtigt werden können.“  
(Rüger, 2020, S. 7)

Zusammenfassend könnte man sagen, dass es gerade die theoretische und methodische Unschärfe der TP zum Zeitpunkt ihrer Schaffung war, welche die Entwicklung einer flexiblen und adaptiven Behandlungsform ermöglicht hat. Die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ wurde 1967 als „Leerkategorie“ und als Ergebnis eines Kompromisses zwischen verschiedenen ärztlichen Berufsgruppen in die Versorgung eingeführt. In fünf Jahrzehnten praktischer Anwendung und theoretischer (vor allem methodisch-behandlungstechnischer) Reflektion ist daraus eine neue und eigenständige Form von Psychotherapie geworden. Im Zuge der berufspolitischen Veränderungen im Feld der Psychotherapie wird die TP (wie alle Psychotherapie) heute vorwiegend von Psycholog\*innen angewandt.

Die TP im Kanon der psychodynamischen Psychotherapien lässt sich mit dem Begriff „Tiefenpsychologische Psychotherapie“ hinreichend differenziert beschreiben und taxonomisch einordnen, so dass auf das Adjektiv „fundiert“ verzichtet werden könnte.

## 9. Beantwortung der Forschungsfrage

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Untersuchung der Geschichte der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im historischen Kontext lässt sich die Forschungsfrage beantworten wie folgt.

### a) Was ist Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie?

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist eines von vier für die Versorgung in der GKV zugelassenen Psychotherapie-Verfahren. Sie lässt sich beschreiben über Gemeinsamkeiten mit und Unterschiede zu anderen Psychotherapieverfahren. Sie kann taxonomisch als eine Unterkategorie der Psychodynamischen Psychotherapie (PDP) eingeordnet werden. Im Sprachgebrauch wird der Begriff „TP“ gemeinhin als „Tiefenpsychologie“ oder „tiefenpsychologisch“ ausgesprochen. Das Adjektiv „fundiert“ scheint aus heutiger (sprachpragmatischer) Perspektive und in taxonomischer Hinsicht entbehrlich. Die TP kann mit dem Begriff „Tiefenpsychologische Psychotherapie“ hinreichend exakt beschrieben werden.

### b) Warum gibt es sie?

Hauptsächlicher Grund für die Einführung der TP (als Begriff und als Verfahren) war eine versorgungspolitische Notwendigkeit: Aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung (1964) war es nötig geworden, Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen. Die flächendeckende Versorgung war mit den Behandlungskapazitäten voll ausgebildeter Psychoanalytiker\*innen nicht zu realisieren. Weitere Behandlungskapazitäten wurden mit der TP erschließbar, denn sie konnte auch von (ärztlichen) Psychotherapeut\*innen durchgeführt werden, welche den Zusatztitel „Psychotherapie“ führten, ohne eine vollständige psychoanalytische Ausbildung durchlaufen zu haben.

### c) Woher kommt sie?

Der Begriff „TP“ wurde zu Beginn der 1960er Jahre im Rahmen von Verhandlungen bei der KBV zwischen verschiedenen fachärztlichen Verbänden (AÄGP, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, DGPN, DGPT) um Regelungs-, Honorar- und Versorgungsfragen von Walter Theodor Winkler vorgeschlagen und mit den Verhandlungspartnern abgestimmt. In diesen Verhandlungen wurden Inhalte besprochen, welche die Einführung der Psychotherapie als Kassenleistungen pragmatisch vorbereiteten. Zugleich wurden damit auch macht- und berufspolitische Aushandlungsprozesse vollzogen. Im Wesentlichen ging es dabei darum, welche (ärztlichen) Berufsgruppen welche Leistungen durchführen und abrechnen dürfen – zugleich wurde damit die Begriffshoheit über den Gegenstand der Psychotherapie verhandelt. Der Begriff „TP“ fungierte dabei als eine Art Platzhalter für noch zu entwickelnde behandlungstechnische Modifikationen von Psychotherapie jenseits der klassischen („tendenzlosen“) Psychoanalyse. Das Verfahren „TP“ war zunächst eine Art „Leerkategorie“. Es wurde mit Einführung der PTRL zwar gesetzt, aber nicht inhaltlich-methodisch oder konzeptionell definiert. Insofern kann der Begriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ als eine Art „Platzhalter“ verstanden werden.

### d) Wie hat sie sich in den vergangenen 50 Jahren entwickelt?

Wie in der Gründungsabsicht vorweggenommen (Faber, 1968), wurde die TP in den folgenden Jahrzehnten behandlungstechnisch und inhaltlich ausgestaltet. Die „Leerkategorie“ wurde gefüllt, zunächst vor allem über die praktischen Erfahrungen, seit der Jahrtausendwende zunehmend auch durch theoretische Reflexion. Inzwischen stellt sie ein methodisch ausdifferenziertes Psychotherapie-Verfahren mit breitem Indikationsspektrum dar, das sich in

den Kanon der „psychodynamischen Verfahren“ einordnen lässt. Es besteht jedoch weiterhin kein Konsens darüber, ob die TP dabei ein eigenständiges Verfahren darstellt (G-BA, 2017) oder ob sie mit der AP zu einem gemeinsamen Verfahren „Psychodynamische Psychotherapie“ (PDP) zusammengefasst werden sollte (WB, 2004, 2008). Weiterhin ist in der Fachdiskussion offen, ob diese übergeordnete Bezeichnung PDP die Psychoanalyse im engeren („tendenzenlosen“) Sinne einschließen sollte oder nicht.

Die Gruppe der Durchführenden von Psychotherapie hat sich im Laufe der letzten 100 Jahre verändert. Psychotherapie, an ihrem Anfang sehr eindeutig eine ärztliche Heilkunde, wird heute ganz überwiegend von Psycholog\*innen angewandt. Somit ist auch die TP der Gegenwart als eine überwiegend psychologische Psychotherapie aufzufassen, vornehmlich dadurch, dass sie hauptsächlich von Psycholog\*innen angewandt wird (vgl. KBV, 2017b).

## **10. Fazit und Ausblick**

In der vorliegenden Arbeit wurde die Entwicklung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie beschrieben. Die Entwicklungslinie reicht von einer unbestimmten „Leerkategorie“ über eine „Kurzform der analytischen Psychotherapie“ hin zu einem eigenständigen psychodynamischen (überwiegend psychologischen) Verfahren mit breitem Indikationsspektrum.

Ausgangspunkt der Untersuchung war die simple Frage: „Was ist Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie?“

Diese Frage stellte sich sowohl konzeptionell als auch anwendungspraktisch. Es ist im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie notwendig, die einzelnen im System der GKV zugelassenen Verfahren konzeptionell darstellen zu können, dabei eine Abgrenzung untereinander und gegenüber Maßnahmen außerhalb der Richtlinienpsychotherapien herzustellen. Für die TP als gegenwärtiges Verfahren lässt sich das anhand aktueller Definitionen vornehmen. Die historische Entwicklung der TP hingegen lässt sich nicht so einfach darstellen, da es bei der Einführung der TP als Richtlinienverfahren keine differenzierende Definition der Richtlinien-Verfahren gab. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde daher eine berufs- und gesellschaftspolitische Kontextualisierung vorgenommen.

Die Entwicklung der TP ist eingebettet in die Entwicklung der psychoanalytischen und psychodynamischen Theoriegeschichte. Eine Betrachtung der (sehr lange überwiegend personalistisch entwickelten) psychoanalytischen Theorie macht deutlich, dass es innerhalb der Psychoanalyse einen tief verwurzelten Konflikt gibt. Es ist dies der Konflikt zwischen „Bewahren“ auf der einen und „Erneuern“ auf der anderen Seite. Die Psychoanalyse und die von ihr abgeleiteten Psychotherapieverfahren entwickelten und entwickeln sich im Spannungsfeld zwischen diesen beiden Polen.

Die TP ist notwendigerweise dem Pol der Modernisierung zugeneigt, denn sie ist per definitionem ein von der Psychoanalyse abgeleitetes Verfahren. Dass sie sich zu ihrer heutigen Form als überwiegend psychologische Psychotherapie mit einem breiten Indikationsspektrum und einem Anspruch auf Eigenständigkeit entwickeln konnte, hatte historische Vorbedingungen.

Während des Nationalsozialismus waren es zwei wesentliche Geschehnisse, welche die spätere Entwicklung beeinflussten. Zum einen wurde durch „Arisierung“ und „Gleichschaltung“ eine Zwangsvereinheitlichung der psychotherapeutischen Schulen quasi per Dekret verordnet. Die jüdischen Theoretiker\*innen sollten nicht mehr wahrnehmbar sein. Politisch zu verurteilen und theoretisch kaum fundiert, stellt dies doch einen Bruch dar mit der bis dahin personalistischen Theoriegeschichte, welcher die weitere Entwicklung von Verfahren „jenseits der Psychoanalyse“ erleichterte. Zum anderen wurde aufgrund von Versorgungsnotwendigkeiten der Kreis der Behandler\*innen auch auf Nicht-Ärzt\*innen ausgedehnt. Wenngleich die „Behandelnden Psychologen“ nur übergangsweise Psychotherapie durchführen können sollten, diente der Verwaltungsakt „Göring-Erlass“ (1940/43) als Vorlage für den späteren Einbezug von Diplom-Psycholog\*innen in die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des „Delegationsverfahrens“ (1972).

Die eigentliche Geburtsstunde der TP (im Rahmen der Einführung der PTRL 1967) ist gekennzeichnet davon, dass hier verschiedene Konfliktlinien ineinandergriffen. Auf der einen Seite findet sich der in der Psychoanalyse schon lange angelegte Konflikt um Bewahren/Erneuern auch in der Auseinandersetzung darüber wieder, wer Psychotherapie durchführen darf: Um die psychoanalytische Theorie zu bewahren, müsste eine psychoanalytische Ausbildung Voraussetzung für die Anwendung von Psychotherapie sein. Erneut war die Versorgungssituation so, dass ein flächendeckendes Angebot an Psychotherapie aus den Reihen der Psychoanalytiker\*innen gar nicht möglich gewesen wäre. Es wäre auch nicht politisch durchsetzbar gewesen, denn die nicht-psychoanalytischen Berufsgruppen erhoben ebenfalls einen Anspruch auf die Durchführung von Psychotherapie. Verbunden mit der Frage, wer zur Ausübung von Psychotherapie befähigt und berechtigt sein sollte, sind auch sehr handfeste wirtschaftliche Interessen. „Wer darf Psychotherapie machen?“ bedeutet zugleich: „Wer darf Psychotherapie abrechnen?“

So kam es in den 1960er Jahren dazu, dass verschiedene ärztliche Berufsverbände aus den Bereichen Psychiatrie/Nervenheilkunde, Psychoanalyse, ärztliche Psychotherapie unter der Schirmherrschaft der KBV Verhandlungen miteinander führten. Diese letztlich entlang von Gebührenpositionen ausgefochtenen Konflikte führten dann dazu, dass die TP als Begriff und Verfahren 1967 in die GKV eingeführt wurden.

Dabei war die TP in begrifflicher Hinsicht ein „Platzhalter“ und in theoretischer Hinsicht eine „Leerkategorie“. Der Begriff „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ wurde absichtsvoll offen gehalten, um spätere methodische Entwicklungen zu ermöglichen. Damit war die TP als Behandlungskategorie zunächst ungefüllt gedacht (vgl. Faber, 1968). Diese Grundkonstruktion sollte es zum einen ermöglichen, einen möglichst weiten Behandler\*innenkreis für eine flächendeckende Versorgung zu erschließen. Zum anderen sollte die sehr unspezifisch gehaltene Verfahrensdefinition dazu dienen, weiteren Entwicklungen in methodischer Hinsicht ein flexibles Rahmengerüst bereitzustellen.

In den 50 Jahren seit Einführung der PTRL waren vor allem zwei Stränge maßgeblich an der Entwicklung der TP beteiligt. 1972 wurden erneut aufgrund von Versorgungsnotwendigkeiten mit dem „Delegationsverfahren“ (wie zuvor mit dem Göring-Erlass) Nicht-Ärzt\*innen in die psychotherapeutische Versorgung einbezogen. Diplom-Psycholog\*innen konnten unter bestimmten Bedingungen eigenständig Psychotherapie durchführen. Damit war eine neue Berufsgruppe in die Auseinandersetzungen um die Hoheit über die Psychotherapie einbezogen. Die Psychotherapie wurde dadurch zu einer „psychologischen Disziplin“, dass Psycholog\*innen Psychotherapie durchführten und über ihre Standesvertretungen Mitspracherecht forderten. Diese „Psychologisierung“ fand schwerpunktmäßig also über die

Praxis statt, *nicht* über theoretische Entwicklungen oder empirische Befunde im Bereich in der akademischen Psychologie.

Diese Bewegungen trugen dazu bei, dass das PsychThG 1998 beschlossen und 1999 eingeführt wurde. Dieses Gesetz bedeutete zugleich auch den Startschuss für die Gründung von eigenständigen TP-Instituten außerhalb der psychoanalytischen Strukturen, an denen seitdem das Profil der TP entwickelt und geschärft wurde, erneut mehr über die Praxis als über die Theorie.

Vor dem Hintergrund der Untersuchung der Geschichte der TP können in taxonomischer und begrifflicher Hinsicht zwei Vorschläge gemacht werden.

### **Vorschlag 1: TP = Tiefenpsychologische Psychotherapie**

Es bedarf eines eigenen Begriffes für die TP vor allem aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Abrechnung von Psychotherapie im System der GKV. Der inzwischen als etabliert zu betrachtende Begriff „Psychodynamische Psychotherapie“ eignet sich gut als übergeordnete Kategorie, kann aber eine Bezeichnung für die TP nicht ersetzen. Denn jede TP ist eine psychodynamische Psychotherapie, aber nicht jede psychodynamische Psychotherapie ist auch eine TP. Daher benötigt die TP eine eigenständige, von anderen psychodynamischen Verfahren unterscheidbare Bezeichnung. Die TP wurde in 50 Jahren Praxis methodisch und konzeptionell ausdifferenziert. Eine Begriffsmodernisierung könnte diesem Entwicklungsprozess Rechnung tragen.

In begrifflicher Hinsicht scheint das Adjektiv „fundiert“ überflüssig. Der Begriff „Tiefenpsychologische Psychotherapie“ bezeichnet das Verfahren hinreichend spezifisch und wird im Sprachgebrauch bereits so verwendet.

### **Vorschlag 2: PDP = (PA+AP)+mAP+TP+X**

Die TP als Verfahren lässt sich in ein psychodynamisches Kontinuum einfügen, welches analytische Psychotherapie und Psychoanalyse umfassen könnte. Die beiden letztgenannten Ansätze unterscheiden sich von den anderen (nicht nur den psychodynamischen) Verfahren distinkt durch die Setting-Variable des Liegens. Neben diesen beiden im engeren Sinne „psychoanalytischen“ Ansätzen gehört die TP ebenso wie die modifizierte analytische Psychotherapie und eine Restkategorie (für Verfahren, welche einen Bezug zu nicht-psychodynamischen Ansätzen aufweisen) zu einem breiten Spektrum an „Psychodynamischer Psychotherapie (PDP)“.

Mit Blick auf die Akademisierung der Psychotherapie im Gefolge der Reform des Psychotherapiegesetzes (2019) wäre es sinnvoll, diese vorgeschlagene Taxonomie *unter Einschluss* der Psychoanalyse zu verwenden, denn auf diese Weise wäre es möglich, die in der Gesetzesreform geforderte Verfahrensbreite an den Universitäten einzulösen. Das psychodynamische Kontinuum selbst lässt sich einbetten in ein psychotherapeutisches Kontinuum, dessen Achsen variabel (entlang verschiedener Fragestellungen) gestaltet werden können (z.B. Aktivität / Fokussierung).

Eine zusammenfassende Bewertung der beschriebenen Entwicklung könnte zu folgendem Schluss kommen:

Die Psychotherapie hat sich im Zuge ihrer Entwicklung von der Medizin entfernt, heute ist sie eine überwiegend psychologische Heilkunde.

Und die Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie hat sich von der Psychoanalyse insofern emanzipiert, als sie heute nicht mehr eine „verkürzte Psychoanalyse“ darstellt,

sondern ein eigenständiges Verfahren mit breitem Indikationsspektrum und hoher Versorgungsrelevanz ist.

Dieser Prozess fand (vor allem in den ersten Jahrzehnten nach Einführung der PTRL) *nicht* statt durch theoretisch-methodische Anstrengungen, sondern vor allem durch praktische Anwendung. Man könnte von einem „impliziten Erfahrungswissen“ innerhalb und über die TP sprechen, welches erst allmählich (und im Rahmen der Entwicklung des Konzepts „Psychodynamische Psychotherapie“) auch theoretisch reflektiert wurde.

Mit der Reform der Psychotherapieausbildung sind tiefgreifende Veränderungen in der Psychotherapie-Landschaft, aber auch in der akademischen Psychologie verknüpft. Angesichts des Umstandes, dass Psychotherapie heute ganz überwiegend von Psycholog\*innen durchgeführt wird, erscheint die schwerpunktmäßige Verankerung von Psychotherapie an den psychologischen Fakultäten konsequent und folgerichtig. Das birgt die Chance, das im Verlauf von 5 Jahrzehnten Richtlinienpsychotherapie angesammelte Erfahrungswissen einer akademischen Verwendung zugänglich zu machen. Die vielfältigen Erfahrungen mit der TP könnten dazu dienen, das psychodynamische Denken an den Universitäten zu vertreten. Und umgekehrt könnte die TP davon profitieren, ihren Erfahrungsschatz vermehrt einer wissenschaftlichen Überprüfung zugänglich zu machen. Aufgrund ihrer starken Verbreitung hat sie einen großen Erfahrungsschatz vorzuweisen, den es zu explizieren und zu beforschen gilt.



## 11. Literatur

- Abraham, Karl. *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*. Leipzig/Wien/Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1925.
- Adler, Alfred. „Adler, A. (1914): „Das Problem der Distanz“ (1914) In Studienausgabe Bd. 3, S.159-166.“ In *Alfred Adler Studienausgabe Band 3 - Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937)*, von Gisela (Hg) Eife. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 2010.
- . *Der Sinn des Lebens*. Frankfurt: Fischer, 1933/1973.
- . „The Fundamental Views of Individual Psychology.“ *Journal of Individual Psychology.*, 1935/1982.
- Adler, Alfred. „Über den nervösen Charakter.“ In *Alfred Adler: Persönlichkeit und neurotische Entwicklung - Frühe Schriften (Studienausgabe Bd1)*, von A. (Hg) Bruder-Bezzel. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1912/2007.
- Adorno, Theodor W. *Minima Moralia*. Frankfurt: Suhrkamp, 1951.
- Albers, Irene, und Anselm Franke. *Animismus. Revisionen der Moderne*. Zürich: diaphenes, 2012.
- Alexander, Franz, und Thomas M. French. *Psychoanalytic Therapy. Principles and Application*. New York: Ronald Press, 1946.
- American Psychiatric Association (APA). *DSM-5: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Fifth Edition*. Arlington, VA: APA, 2013.
- Arbeitskreis OPD. *OPD-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 3. Auflage (1.Aufl. 2006)*. Bern: Huber, 2014.
- . *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Grundlagen und Manual*. Bern: Huber, 1996.
- Arendt, Hannah. *the Origins of Totalitarianism*. New York: Schocken Books, 1951.
- Argelander, Hermann. *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1970.
- BAK, Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. „Bekanntmachung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung vom 3. Mai 1967.“ *Deutsches Ärzteblatt*, 7. Oktober 1967, 40 Ausg.: 2101-2102.
- . „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien) in der Neufassung vom 3. Juli 1987.“ *Deutsches Ärzteblatt*, 10. September 1987: A2398-A2402.
- Baumann, Zygmunt. *Dialektik der Ordnung. Die Moderne und der Holocaust*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt, 1992.
- . *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit*. Hamburg: Hamburger Edition, 2005.

- Baumeyer, Franz. „Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland: 60 Jahre Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft.“ 1971: 203-240.
- Bell, Karin, und Ulrich Rüger. „Das System wird immer komplexer.“ *Deutsches Ärzteblatt*, 2007.
- Benecke, C., B. Boothe, J. Frommer, D. Huber, R. Krause, und H. Staats. „Geliebtes Feindbild "klassische Langzeitpsychoanalyse": Kommentar zu Rief und Hoffmann "Die Psychoanalyse soll gerettet werden. Mit allen Mitteln?".“ *Nervenarzt*, 2009: 1350-55.
- Benecke, Cord. „Theoriesystem der Krankheitsentstehung.“ *Deutsches Ärzteblatt PP*, 8 2019.
- . *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 2014.
- Benjamin, Ludy T., Jr. *A Brief History of Modern Psychology*. Malden: Blackwell Publishing, 2007.
- Bernfeld, Siegfried. „Kassenärztliche Psychotherapie.“ *Der Sozialistische Arzt*, Mai 1930: 54-59.
- Beutel, Manfred E., et al. „LAC-Depressionsstudie Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression.“ *Psychotherapeut* 2016, 2016: 468-475.
- Beutel, Manfred E., Stephan Doering, Falk Leichenring, und Günter Reich. *Psychodynamische Psychotherapien. Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis*. Göttingen: Hogrefe, 2010.
- Bleuler, Eugen. „Die Psychoanalyse Freuds. Verteidigung und kritische Bemerkungen.“ In *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen Band 2*, von Eugen Bleuler und Sigmund Freud, 623-730. Leipzig : Deuticke, 1910.
- . „Die Kritiken der Schizophrenien.“ *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1914.
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. „Bekanntmachung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung.“ Nr. 180. Bundesanzeiger, 1967.
- BMG-Bundesgesundheitsministerium.  
„<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapeutenausbildung.html>.“ 2019c. [https://youtu.be/wBfo5fTW\\_EU](https://youtu.be/wBfo5fTW_EU).
- . „Kabinettsentwurf zum PsychThGAusbRefG.“ 27. 2 2019d.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/PsychThGAusbRefG\\_Kabinettsentwurf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PsychThGAusbRefG_Kabinettsentwurf.pdf).
- . *Referentenentwurf zum PsychThGAusbRefG*. 3. Januar 2019b.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/PsychThG-RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PsychThG-RefE.pdf).
- BMG-Bundesgesundheitsministerium. *FAQs zum PsychThGAusbRefG*. 2019a.  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapeutenausbildung/faqs-psychthgausbrefg.html>.
- Bohleber, Werner. „Übertragung – Gegenübertragung – Intersubjektivität. Zur Entfaltung ihrer intrinsischen Komplexität.“ *Psyche*, 2018: 702-733.

- Bohleber, Werner. „Psychoanalyse, Diktatur, Professionalität - Implikationen.“ In *Psychoanalyse in totalitären und autoritären Regimen*, von Mitachell G. Ash, 293-315. Frankfurt: Brandes&Apsel, 2010.
- Böhm, Felix. „Poliklinische Erfahrungen.“ *Zentralblatt für Psychotherapie*, 1940.
- Boll-Klatt, Annegret, und Matthias Kohrs. *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer, 2018b.
- Boll-Klatt, Annegret, und Michael Kohrs. *Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie“. Grundlagen - Modelle - Konzepte. 2. Auflage*. Stuttgart: Schattauer, 2018a.
- Boring, Edwin G. *A History of Experimental Psychology*. New York: The Century Co, 1929.
- Borkenhagen, Ada. „Die Kultrabhängigkeit der Ausprägungsformen der Hysterie.“ In *Sozialpsychosomatik*, von E. Brähler und W. Herzog. Stuttgart: Schattauer, 2018.
- BPC, British Psychoanalytical Council, und Jane Milton. „Making sense of psychotherapy and psychoanalysis.“ 2014 (2004). <http://www.bpc.org.uk/sites/psychoanalytic-council.org/files/Mind-opt.pdf>.
- Bracher, Karl Dietrich, Wolfgang Sauer, und Gerhard Schulz. *Die Nationalsozialistische Machtergreifung. Studien zur Errichtung destotalitären Herrschaftssystems in Deutschland 1933/34*. Wiesbaden: Springer, 1960.
- Brähler, Elmar, und Wolfgang Herzog. *Sozialpsychosomatik. das vergessene Soziale in der Psychosomatischen Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 2018.
- Brakemeier, Eva-Lotta, und Frank Jacobi. „Verhaltenstherapie in der Praxis. Video-Learning (DVD).“ Weinheim/Basel: Beltz, 2017b.
- Brandt, Ahasver von. *Werkzeug des Historikers. Eine Einführung in die Historischen Hilfswissenschaften*. Stuttgart: Kohlhammer, 2007.
- Brandt, Ahasver von. *Werkzeug des Historikers. 11. Auflage (1. Aufl. 1958)*. Stuttgart: Kohlhammer, 2003.
- Brecht, Karen, Volker Friedrich, Ludger M. Hermanns, Isidor J. Kaminer, und Dierk H. Juelich. *"Hier geht das Leben auf eine sehr merkwürdige Weise weiter". Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland. 2. Aufl.* Gießen: Psychosozial-Verlag, 2010.
- Brocher, Tobias. *Schreiben von Dr. Brocher vom 5.12.1960 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Abschrift, Anlage zum Vorstands Rundschreiben Nr. 17 vom 6.12.1960)*. DGPT-Archiv / unveröffentlicht, 5. Dezember 1960.
- . „Niederschrift über die Besprechung betr. einer Schaffung eines Tarifs für psychotherapeutische Leistungen auf dem Ersatzkassensektor mit den Fachgesellschaften mit den Fachgesellschaften am 24.9.1962 in Frankfurt/Main.“ DGPT-Archiv / unveröffentlicht, 1962.
- Bromberg, Walter. *Man Above Humanity. A History of Psychotherapy*. Philadelphia, London, Montreal: J.B. Lippincott Company, 1954.
- Broszat, Martin. *Der Nationalsozialismus. Weltanschauung, Programm und Wirklichkeit*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt, 1960.
- . *Der Staat Hitlers: Grundlegung und Entwicklung seiner inneren Verfassung*. München: dtv, 1969.

- Bruder-Bezzel, Almuth, Klaus-Jürgen Bruder, und Karsten Münch. *Neoliberale Identitäten. Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2016.
- Bruns, Florian. *Medizinethik im Nationalsozialismus*. Srtuttgart: Franz Steiner Verlag, 2009.
- BSG, Bundessozialgericht. *Neurosenurteil. Entscheidung vom 1.7.1964*. 1964.  
[https://www.jurion.de/urteile/bsg/1964-07-01/11\\_1-ra-158\\_61/](https://www.jurion.de/urteile/bsg/1964-07-01/11_1-ra-158_61/).
- Buchholz, Michael. „Psychoanalyse als "weltliche Seelsorge" (Freud).“ *J.f.Psych.*, 2003, 11. Ausg.: 231-253.
- Bühning, Petra. „35. Deutscher Psychotherapeutentag: Unser Berufsstand ist jetzt deutlich stärker aufgestellt!“ *Deutsches Ärzteblatt PP*, Dezember 2019: 535-539.
- Bundesärztekammer. *Themen der Deutschen Ärztetage seit 1948*. kein Datum.  
<https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/geschichteauszeichnungen/themen-der-deutschen-aerztetage-seit-1948/> (Zugriff am 31. 1 2020).
- . „Themen der Deutschen Ärztetage seit 1948.“ 1948-2020.  
<https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/geschichteauszeichnungen/themen-der-deutschen-aerztetage-seit-1948/> (Zugriff am 27. März 2020).
- Bundesärztekammer, (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern). „Neufassung einer Facharztordnung innerhalb einer Berufsordnung für dei deutschen Ärzte.“ *Wortbericht des 59. Deutschen Ärztetages in Münster / Westfalen*, 21.-23.. September 1956: 38-68.
- . „Wortbericht des 69. Deutschen Ärztetages vom 13.-18. Mai 1966 in Essen.“ Köln-Berlin: Deutscher Ärzte-Verlag, 1966.
- . „Wortbericht des 70. Deutschen Ärztetages vom 22.-24.Mai 1967 in Garmisch-Partenkirchen.“ Köln-Berlin: Deutscher Ärzte-Verlag, 1967.
- . „Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte.“ *Wortbericht des 72. Deutschen Ärztetages vom 12. bis 14. Mai 1969 in Hannover*, 12.-14. Mai 1969.
- Cabaniss, Deborah L., Sabrina Cherry, Carolyn J. Douglas, und Anna Schwartz. *Psychodynamic Psychotherapy. A Clinical Manual*. Hoboken/Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2011.
- Castonguay, Louis G., und Clara E. Hill. *How and Why Are Some Therapists Better Than Others? Understanding Therapist Effects*. Washington: APA American Psychological Association, 2017.
- Cierpka, Manfred, und Peter Buchheim. *Psychodynamische Konzepte*. Berlin/Heidelberg: Springer, 2001.
- Clark, Ronald W. *Freud - the Man and the Cause. A Biography*. New York: Random House, 1980.
- Clarkin, John F. „Die LAC-Studie über chronische Depression.“ *Psyche*, 2019.
- Claus, Jörg Christian. *Medizingeschichte*. Wiesbaden: Verlag Medical Tribune, 1985.
- Cocks, Geoffrey. „"Rechts um die Ecke rum": Wichmannstraße, Berggasse, Keithstraße, 1933-1945.“ In *Psychoanalyse in totalitären und autoritären Regimen*, von Mitchell G. Ash, 35-57. Frankfurt: Brandes&Apsel, 2010.
- . „Psychoanalyse, Psychotherapie und Nationalsozialismus.“ *Psyche*, 1983.

- Cocks, Geoffrey. „Psychoanalyse und Psychotherapie im Dritten Reich.“ In *Psychoanalyse der Gegenwart*, von G. Rudolf, U. Rüger und H.H. Studt. Göttingen: V&R, 1987.
- . *Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute*. New York: Oxford University Press, 1985.
- Crepaldi, Gianluva. *Containing*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2018.
- Da. „Give me a word.“ In *Gegendiagnose II. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychologie.*, von Esto Mader, Cora Schmechel, Kim Kawalska und Alex Steinweg. Münster: edition assemblage, 2019.
- Dahm, Andreas. „Geschichte der Psychotherapierichtlinien.“ *Psychotherapeut*, 2008, 53 Ausg.: 397-401.
- Dahmer, Helmut. „Kapitulation vor der "Weltanschauung".“ *Psyche*, 1983.
- De Crescenzo, Luciano. *Geschichte der griechischen Philosophie*. Zürich: Diogenes, 2017.
- DFT, Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. „Stellungnahme der Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) zum Papier der Bundespsychotherapeutenkammer vom 28.März 2017.“ 2017. <https://www.dft-online.de/aktuelles/dft-stellungnahmen.html> (Zugriff am 7. 9. 2019).
- DFT, Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. kein Datum. <http://www.dft-online.de/die-dft/zeitschriften/pdp--ptt.html> (Zugriff am 31. 5. 2017).
- DGPs, Deutsche Gesellschaft für Psychologie. *Entwurf Rahmenordnung für die Diplom-Prüfungsordnungen der Psychologie*. unveröffentlicht: DGPs-Archiv, 1964.
- DGPs, Deutsche Gesellschaft für Psychologie. *Entwurf: Die Studienordnungen in der westdeutschen Psychologenausbildung*. unveröffentlicht: DGPs-Archiv, 1967.
- DGPT-Archiv, Ordner Brocher. „Niederschrift über die Besprechung betr. einer Schaffung eines Tarifs für psychotherapeutische Leistungen auf dem Ersatzkassensektor mit den Fachgesellschaften mit den Fachgesellschaften am 24.9.1962 in Frankfurt/Main.“ unveröff., 1962-64.
- DHM, Deutsches Historisches Museum. „1933 - Der Weg in die Katastrophe. Audio-CD.“ Berlin, 2000.
- Dieckmann, Michael, Andreas Dahm, und Martin Neher. *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 11., aktualisierte und ergänzte Auflage auf der Basis der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie (Stand Frühjahr 2017). Unter Mitarbeit von Annette Streeck-Fischer und Martin H. Schmidt.* München: Elsevier, 2018.
- Distelhorst, Lars. „Kein Ausgang. Zum komplementären Verhältnis von Diagnose und Inklusion.“ In *Gegendiagnose*, von Dion, Dudek, Roßmöller Schmechel. Münster: edition assemblage, 2015.
- Duckheim, Simon. „Annemarie Dührssen oder die gesundheitspolitische Anpassung der Psychoanalyse.“ In *Auf der Suche nach einer anderen Medizin*, von A. Geisthövel und B. Hitzer, 233-242. Berlin: Suhrkamp, 2019.
- Duda, Sybille, und Luise F. Pusch. *Wahnsinnsfrauen*. . Frankfurt: Suhrkamp, 1992.
- Dührssen, A, und E Joswieck. „Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Beandlungen.“ *Nervenarzt*, 1965.
- Dührssen, Annemarie. *Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1972.

- . *Dynamische Psychotherapie. Ein Leitfaden für den tiefenpsychologisch orientierten Umgang mit Patienten*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1995.
  - . *Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland. Die Psychotherapie unter dem Einfluß Freuds*. Göttingen: V&R, 1994.
  - . *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie, 1954.
  - . „Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie.“ *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 1962.
  - . „Zum 25 jährigen Bestehen des Instituts für psychogene Erkrankungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin.“ *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 1971, 17. Ausg.: 21-41.
- Ebbinghaus, Hermann. *Abriss der Psychologie*. Leipzig: Verlag von Veit & Comp., 1908.
- Ehrenberg, Alain. *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. 2. Aufl. Frankfurt/New York: Campus Verlag, 2015.
- Eichenberg, Christiane, und Anne Plischke. „Jeder fünfte Psychologiestudierende ist unzufrieden.“ *Deutsches Ärzteblatt PP*, 11. 2014.
- Eicke, Dieter (Hg). *Tiefenpsychologie. Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts*. 4 Bände. Weinheim/Basel: Beltz, 1982.
- Eitingon, Max. *Bericht über die Berliner Psychoanalytische Poliklinik (190-1922)*. Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1923.
- Engelhardt, Dietrich von. „Begriff und Aspekt der Tiefenpsychologie in historischer Sicht.“ In *Psychodynamische Konzepte*, von M. Cierpka und P. Buchheim. Berlin/Heidelberg: Springer, 2001.
- Ermann, Michael. *Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende*. Stuttgart: Kohlhammer, 2014.
- . „Die tiefenpsychologisch fundierte Methodik in der Praxis. Die Spezifizierung des psychodynamischen Ansatzes in der Richtlinienpsychotherapie.“ *Forum Psychoanalyse*, 2004.
  - . *Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2016.
- Faber, Franz Rudolf. „Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (II).“ *Deutsches Ärzteblatt*, 1968.
- Faber, Franz Rudolf, und Rudolf Haarstrick. *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Psychosomatische Grundversorgung. Unter Mitwirkung von Dieter Kallinke*. 1. Auflage, dritte Fassung. Neckarsulm/München: Jungjohann Verlagsgesellschaft, 1989.
- Fehleemann, Silke, Heiner Fangerau, Steffen Dörre, und Frank Schneider. *Psychiatrie – Politik – Wissenschaft. 175 Jahre psychiatrische Fachgesellschaften in Deutschland. Die Geschichte der DGPPN und ihrer Vorgängerorganisationen*. Berlin, 2017.

- Ferenczi, Sándor. „Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft).“ *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. Herausgegeben von S. Freud. Band XIX. Heft 1/2, 1933: 5-15.
- Ferenczi, Sandor, und Otto Rank. „Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis.“ *Neue Arbeiten zur Ärztlichen Psychoanalyse*, 1924.
- Fongay, Peter. „Zur Feier eines einzigartigen Projekt: Kommentar zur LAC-Depressionsstudie.“ *Psyche*, 2019.
- Foucault, Michel. *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*. Frankfurt: Suhrkamp, 1983 (1976).
- . *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Berlin: Merve, 1978b.
- . *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt: Suhrkamp, 1968.
- . *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt: Suhrkamp, 1976.
- . *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp, 1978a.
- Freud, Anna. *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. . Frankfurt (M): Fischer TB, 1936 (1984).
- Freud, Sigmund. *Das Ich und das Es*. Studienausgabe Band III. Frankfurt: Fischer, 1923 (1975).
- . *Das Unbehagen in der Kultur*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer verlag, 1930.
- Freud, Sigmund. *Die endliche und die unendliche Analyse* . Bd. XVI, in *Gesammelte Werke 1932-1939*, von Sigmund Freud. 1937.
- . *Die Frage der Laienanalyse*. GW XIV (1948/1955). London: Imago, 1926.
- Freud, Sigmund. „Nachwort zur "Frage der Laienanalyse".“ In *Gesammelte Werke XIV. 1925-1931*, von Sigmund Freud, 287-296. 1927.
- Freud, Sigmund. *Ratschläge für den Arzt bei der psychotherapeutischen Behandlung (1912)*. Bd. VIII, in *Gesammelte Werke 1909-1913*, von S. Freud, 375-389. 1912.
- Freud, Sigmund. „Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis (1938).“ In *Gesammelte Werke XVII: Schriften aus dem Nachlass.*, von S. Freud, 141-147. London: Imago, 1941.
- . *Wege der psychoanalytischen Therapie*. GW XII. Bd. XII. Frankfurt: Fischer, 1919.
- . *Zur Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung*. GWX(1946). London: Imago, 1914d.
- . *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*. GW IV (1941/1947). London: Imago, 1904.
- Freyberger, Harald J. „Zukunft der Psychotherapie in der Psychiatrie.“ *Psychotherapeut*, 2015: 384-388.
- Freyberger, Harald J., Thomas H. Loew, und Rainer Richter. „Editorial.“ *PDP*, 2002.
- Freyberger, Hellmuth, und Harald J. Freyberger. „Ganz normale Männer und ganz normale Familien? Ein Beitrag zur Nazitäter-Psychologie unter Einschluss von zwei Buchrezensionen.“ *psychosozial*, 2007: 85-99.
- Frohburg, Inge. „Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation psychotherapeutischer Verfahren.“ *Psychotherapeutenjournal*, 2006: 130-139.

- Fuchs, Thomas, Lukas Iwer, und Stefano Micali. *Das überforderte Selbst. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp, 2018.
- Fürstenau, Peter. „Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ichgestörten Patienten.“ *Psyche*, 1977: 197-207.
- . „Freud's "Wege der psychoanalytischen Therapie" - 75 Jahre später.“ *Zsch. psychosom. Med.*, 1993: 224-229.
- Gadamer, Hans-Georg. *Griechische Philosophie III. Plato im Dialog*. Tübingen: J.C.B.Mohr (Paul Siebeck), 1991.
- Galliker, M., M. Klein, und S. Rykart. *Meilensteine der Psychologie: Die Geschichte der Psychologie nach Personen, Werk und Wirkung*. Stuttgart: Kröner, 2007.
- G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss. „Psychotherapie-Richtlinie. Beschluss vom 24.11.2016.“ *Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2)*, 2017.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss. *Nutzen und medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie anerkannt*. 22. November 2018. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/775/>.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss. „Psychotherapie-Richtlinie. Beschlussfassung vom 15.10.2009.“ *Bundesanzeiger 2009; Nr. 58: S. 1399*, 2009.
- . „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einstellung der Bewertung der anerkannten Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie (im Bereich der Erwachsenentherapie) gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches S.“ 19.. Dezember 2019b.
- . „Psychotherapie-Richtlinie. Beschlussfassung vom 22.11.2019.“ *Bundesanzeiger; BAnz AT 23.01.2020 B4*, 2020: 1-5.
- . *Methodenbewertung super light*. 11. Januar 2019a. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/781/>.
- . „Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Einstellung der Bewertung der anerkannten Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie (im Bereich der Erwachsenentherapie) gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 2.“ 19.. Dezember 2019c. [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6251/2019-12-19\\_PT-RL\\_Einstellung-Pruefung-Verfahren\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6251/2019-12-19_PT-RL_Einstellung-Pruefung-Verfahren_TrG.pdf).
- Gebele, Niklas. „Zum Arbeiten mit populären Narrativen in der Psychotherapie: "Es gibt nur einen Gott - und sein Name ist Tod".“ *Psychotherapeutenjournal*, 2019.
- Geckle, Roland. „Ausbildung im Verfahrensdiallog.“ 2016. <https://www.institut-fuer-ppt.de/ausbildung/ausbildung-im-verfahrensdiallog>.
- Geckle, Roland. „Ausbildung im Verfahrensdiallog.“ In *Siegfried Schubenz. Initiativen und Perspektiven.*, von L. Hauten, T. Nölle und T. Fenster. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 2020.
- Geisthövel, Alexa, und Bettina Hitzer. *Auf der Suche nach einer anderen Medizin. Psychosomatik im 20. Jahrhundert*. Berlin: Suhrkamp, 2019.



„Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15.11.2019 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 40, S.1604-1621).“ ausgegeben zu Bonn am 22.11.2019.

Geuter, Ulfried. *Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus*. Frankfurt: Suhrkamp, 1984.

Geyer, Michael. „Geschichte und Entwicklungslinien der Psychotherapie.“ In *Praxis der Psychotherapie*, von Wolfgang Senf und Michael Broda, 6-12. Stuttgart: Thieme, 1996.

—. *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2011.

GKV-Spitzenverband. „Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie.“ *Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen. Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 27. November 2013*. 2013. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier\\_GKV-SV\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf).

Gödde, Günter. *Traditionslinien des "Unbewußten". Schopenhauer-Nietzsche-Freud*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2009.

Gödde, Günter, und Michael B. Buchholz. *Unbewusstes*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2011.

Görres, Albert. *Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin (im Auftrage der Deutschen Forschungsgemeinschaft). Unter Mitwirkung von R.Heiss, H. Thomä, Th.v.Uexküll*. Wiesbaden: Steiner, 1964.

Graumann, Carl Friedrich. *Psychologie im Nationalsozialismus*. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer, 1985.

Grawe, Klaus, Ruth Donati, und Friederike Bernauer. *Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession*. . Göttingen: Hogrefe, 1994.

Grinker, Roy R. „Narcosynthesis in War Neurosis.“ In *Psychoanalytic Therapy*., von F. Alexander und T. French. New York: Ronald Press , 1946.

Groeben, Norbert, und Hans Westmeyer. *Kriterien psychologischer Forschung (2.Aufl.)*. München: Juventa, 1981.

Grubner, Angelika. *Die Macht der Psychotherapie im Neoliberalismus. Eine Streitschrift*. Wien: mandelbaum, 2017.

Grundlach, Horst. „Das Diplom und die Psychologie. Eine Rückschau.“ *Report Psychologie* 38(6), 2013 : 248-252.

Gumz, Antje, und Susanne Hörz-Sagstetter. *Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz, 2018.

Haarstrick, Rudolf. „Bericht über die Verhandlungen zur Einführung der Psychotherapie als Kassenpflichtleistung von R. Haarstrick vom 6.3.1968, Anlage Nr. 2 zum Mitgliederrundschreiben Nr. 1/1968.“ DGPT-Archiv / unveröffentlicht, 1968.

Habermas, Jürgen. *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt: Suhrkamp, 1968.

Haller, Karl. *Erwin Levy. Gestalttheoretische Beiträge zur Schizophrenieforschung*. Göttingen: V&R unipress, 2018.

- Härdtle, Roland. „Zum Verhältnis von TfP und Psychoanalyse.“ *Psychodynamische Psychotherapie*, 2004: 85-98.
- Hauten, Lars. „Medizin und Psychologie - quo vadis, Psychotherapie?“ In *Siegfried Schubenz. Initiativen und Perspektiven.*, von L. Hauten, T. Nölle und T. Fenster. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020b.
- . „AN der Beziehung, IN der Übertragung: Unterschiede zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie.“ *PDP: Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.*, 2018.
- Hauten, Lars. „Schubenz 2.0.“ In *Siegfried Schubenz. Initiativen und Perspektiven.*, von L. Hauten, T. Nölle und T. Fenster. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020a.
- Hauten, Lars, und Ingo Jungclaussen. „Kasuistik im Verfahrensdiallog (KiV) - Neue didaktische Wege in der verfahrensdiallogischen Ausbildung am Berliner Institut für ppt.“ In *Psychologiedidaktik und Evaluation XII*, von Krämer M., Brusdeylins K. Preiser S. Herzogenrath: Shaker, 2018c.
- . „Klassiker in neuem Gewand. Die 11. Auflage des "Faber/Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien" - what's new?“ *Projekt Psychotherapie*, 2018a.
- . „Antrags- und Gutachterverfahren: Erste Eindrücke nach der Richtlinien-Reform.“ *report psychologie*, 2018b, 43 Ausg.
- Heidenreich, Thomas, und Johannes Michalak. *Die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis*. Weinheim/Basel: Beltz, 2013.
- Heigl-Evers, Anneliese, Franz Heigl, und Jürgen Ott. *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart: Fischer, 1993.
- Heigl-Evers, Anneliese, und Franz Heigl. „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Eigenart und Interventionsstil.“ *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 1982: 160-175.
- Heigl-Evers, Anneliese, und Jürgen Ott. *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1995.
- . „Zur Theorie und Praxis der Psychoanalytisch-Interaktionellen Methode.“ *Psychotherapeut*, 2000.
- Heiß, Robert. *Allgemeine Tiefenpsychologie*. Bern, Stuttgart: Hans Huber, 1956.
- Heiß, Robert. „Die Lage der Psychotherapie und Psychosomatik an den Universitäten in der Bundesrepublik.“ In *Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin.*, von Albert Görres, 36-52. Wiesbaden: Steiner, 1964.
- Heisterkamp, G. „Psychotherapeutische Atmosphäre und seelisches Wachstum.“ In *Die Bedeutung der Zeit. Zeiterleben und Zeiterfahrung aus Sicht der Individualpsychologie*, von U. Lehmkuhl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 2005.
- Helmchen, Hanfried. *Das Janusgesicht der Psychiatrie. Nutzen und Risiken psychiatrischen Handelns*. Stuttgart: Kohlhammer, 2017.
- Herrmann, Joachim. *Spuren des Prometheus. Der Aufstieg der Menschheit zwischen Naturgeschichte und Weltgeschichte*. Leipzig/Jena/Berlin, 1977.
- Heuft, Gereon, Harald Freyberger, und Renate Schepker. „Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Deutschland.“ *Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und*

*zukunftsfähige Modelle aus Sicht der Patienten, ihrer Behandler und der Kostenträger. Expertise im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer . 2011.*

Hoffmann, Sven Olaf. „Psychodynamische Therapie - Herkunft, Stand und künftige Entwicklung.“ *PDP Die Psychodynamische Psychotherapie*, 2017: 60-72.

Hoffmann, Sven Olaf, und Gerhard Schüßler. „Wie einheitlich ist die psychodynamisch/psychoanalytisch-orientierte Psychotherapie?“ *Psychotherapeut*, 1999: 367–37.

Hohage, Roderich. *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Behandlungsplanung - Kassenanträge - Supervision*. 5.Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2011.

Huber, Dorothea, und Günther Klug. „Münchener Psychotherapiestudie.“ *Psychotherapeut*, 2016.

—. „Zeit in der psychodynamischen Psychotherapie.“ *Psychotherapeut*, 2015: 94-101.

Husserl, Edmund. *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie*. The Hague: Martinus Nijhoff, 1936 (1954).

Jacobi, Frank, Timo Storck, und Eva-Lotta Brakemeier. „Integration von Methoden und Verfahren.“ In *Verhaltenstherapie in der Praxis*, von Brakemeier und Jacobi. Weinheim/Basel: Beltz, 2017a.

Jaeggi, Eva. „Integratives Arbeiten in der psychodynamischen Therapie.“ In *Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis*, von Antje Gumz und Susanne Hörz-Sagstetter. Weinheim: Beltz, 2018.

Jaeggi, Eva, Günter Gödde, Wolfgang Hegener, und Heidi Möller. *Tiefenpsychologie lehren - Tiefenpsychologie lernen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003.

Jaeggi, Eva, und Volker Riegels. *Techniken und Theorien der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2018.

Jäger, Markus. *Konzepte der Psychopathologie. Von Karl Jaspers zu den Ansätzen des 21. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kohlhammer, 2016.

Jakobsen, Thorsten, et al. „Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen.“ *Z Psychosom Med Psychother*, 2007, 53. Ausg.: 87-110.

Jones, Ernest. *Sigmund Freud - Leben und Werk. Band 3*. Bern: Huber, 1962.

Jungclaussen, Ingo. *Handbuch Psychotherapie-Antrag: Psychoanalytische Theorie und Ätiologie/PT-Richtlinie/Psychodynamik/Psychogenetische Konflikttabelle/Fallbeispiele*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2018.

Jungclaussen, Ingo, Melanie Jonas, und Lars Hauten. „»Es gibt jetzt eine Chance« Prof. Dr. Cord Benecke zur Reform der Psychotherapieausbildung.“ *report psychologie*, 2020: 28-30.

Jungclaussen, Ingo, und Lars Hauten. „50 Jahre Psychotherapie-Richtlinien und der "Faber/Haarstrick-Kommentar".“ *PDP: Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.*, 2019a.

- Jungclaussen, Ingo, und Martina Stang. „Braucht es immer einen Konflikt?“ *Deutsches Ärzteblatt /pp*, April 2013.
- Jütte, Robert. *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1997.
- Kächele, Horst. „Psychodynamische Psychotherapie heute.“ *Vortrag am Alfred-Adler-Institut Berlin*. Berlin, 2016.
- Kattermann, Vera. „„Adel der menschlichen Seele?“ Zum 80. Jahrestag der NS-Bücherverbrennungen am 10. Mai 1933.“ *Deutsches Ärzteblatt PP*, 2013.
- Kauders, Anthony D. *Der Freud Komplex. Eine Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland*. Berlin: Berlin Verlag, 2014.
- KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung. „Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister.“ 31. 12 2017b. [http://www.kbv.de/media/sp/2017\\_12\\_31\\_BAR\\_Statistik.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf).
- KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung, und Spitzenverband Bund der Krankenkassen GKV-Spitzenverband. „Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung).“ 2017a. [http://www.kbv.de/media/sp/01\\_Psychotherapie\\_Aerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf).
- KBV, Stabsstelle ISI, und Jan Multmeier. „Psychotherapeutische Versorgung: Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen.“ *Deutsches Ärzteblatt PP*, 2014.
- Kernberg, Otto F. „Suicide prevention for psychoanalytic institutes and societies.“ *J Am Psychoanal Assoc.*, 2012: 707-719.
- . „Die Psychoanalyse in Deutschland: Ein persönlicher Blick.“ *Psyche*, 2007: 375-385.
- . „Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen.“ *Psychotherapeut*, 1996: 288-296.
- Klemperer, Victor. *LTI. Notizbuch eines Philologen*. Berlin: Aufbau-Verlag, 1947.
- Kletter, Michael. „Zur Notwendigkeit der Methodenintegration in der Psychotherapie.“ *Psychotherapeut*, 1996: 361-367.
- Knauf, Ernst Axel. „Schibbolet.“ *Das Wissenschaftliche Bibellexikonim Internet* . 2007. <https://www.bibelwissenschaft.de/wibilex/das-bibellexikon/lexikon/sachwort/anzeigen/details/schibbolet/ch/42e6a4cf44e34e28c59b2c3c74f963ad/> (Zugriff am 27. 3 2020).
- Kohlhausen, Karl. „Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (I).“ *Deutsches Ärzteblatt*, 16. Dezember 1967a: 2732-2738.
- . „Die Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der ärzte und Krankenkassen vom 3. Mai 1967.“ *Die Krankenversicherung*, Oktober 1967: 230-237.
- Kohnen, Norbert. „Medizinmann.“ In *Enzyklopädie Medizingeschichte*, von Gerabek, Haage, Keil und Wegner, 956ff. Berlin/New York: DeGruyter, 2005.
- Körner, Jürgen. „Arbeit „in“ der Übertragung 25 Jahre später.“ *Forum der Psychoanalyse*, 2014: 341-356.

- . „Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung!“ *Forum der Psychoanalyse*, 1989: 209-223.
- Krutzenbichler, H. Sebastian, und Hans Essers. *Muss denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers. [Neuaufgaben 2006, 2010 unter dem Titel: Übertragungsliebe.]*. Freiburg: Kore, 1991.
- Küchenhoff, Bernhard. „Freud und Bleuler.“ In *Psychoanalyse und Psychiatrie: Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*, von Heinz Böker, 41-52. Berlin: Springer, 2006.
- Küchenhoff, Joachim & Mahrer Klemperer, Regine. *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag*. Stuttgart: Schattauer, 2009.
- Lebiger-Vogel, Judith. „German students’ current choice of profession in the field of psychotherapy.“ *International Journal of Psychoanalysis*, 2016.
- Lehnstaedt, Stephan. „Das Reichsministerium des Innern unter Heinrich Himmler 1943–1945.“ *Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte* 54(4), 2006.
- Leichsenring, Falk, und Christiane Steinert. „Wie wirksam ist das Verfahren?“ In *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 5. Aufl.*, von Wolfgang Wöller und Johannes Kruse. Stuttgart: Schattauer, 2018.
- Leichsenring, Falk, und Sven Rabung. „The effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy.“ *Journal of the American Medical Association*, 2008: 1551-64.
- . „Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis.“ *The British Journal of Psychiatry*, 2011: 15-22.
- . „Zur Kontroverse um die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie.“ *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2013: 13-32.
- Leiser, Eckart. *Grenzen überschreiten oder der Faden der Ariadne. Ausflüge in die Psychoanalyse und andere Räume der Subjektivität*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2017.
- Leuner, Hanscarl. *Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP). 5. Aufl.* Stuttgart: Thieme, 1994.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne, und Tamara Fischmann. „What is conceptual research in psychoanalysis?“ *Int. J. Psychol.*, 2012: 1355-1386.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne, et al. „Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung. Ergebnisse der LAC-Studie.“ *Psyche*, 2019: 77-105.
- Levy, Raymond A., J. Stuart Ablon, und Horst Kächele. *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York: Humana Press, 2012.
- Lieberz, Klaus. „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.“ *Deutsches Ärzteblatt*, 3. August 1998: A1909-1911.
- Lieberz, Klaus. „Die Biographie in der Psychotherapie - zwischen Konstruktion und empirischer Forschung.“ In *Psychotherapie in sozialer Verantwortung. Annemarie Dührssen und die Entwicklung der Psychotherapie.*, von Gerd Rudolf und Ulrich Rüger. Stuttgart: Schattauer, 2016.

- Lilliengren, Peter. „Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions.“ 2018.  
[https://www.researchgate.net/publication/317335876\\_Comprehensive\\_compilation\\_of\\_randomized\\_controlled\\_trials\\_RCTs\\_involving\\_psychodynamic\\_treatments\\_and\\_interventions](https://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions).
- Linden, Michael, und Bernhard Strauß. *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2013.
- Loch, Wolfgang. „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Analytische Psychotherapie.“ *Wege zum Menschen*, 1979: 177-193.
- Lockot, Regine. „Chronik der Geschichte der Psychotherapie und zur Psychoanalyse 1918-1975.“ *DGPT - Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie*. 2013b. <https://www.dgpt.de/die-gesellschaft/geschichte-der-dgpt/psychoanalyse-1918-1975/>.
- . *Die Reinigung der Psychoanalyse. Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft im Spiegel von Dokumenten und Zeitzeugen(1933-1951) [erste Auflage 1994]*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2013a .
- . *Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus*. Frankfurt: Fischer, 1985.
- . „DPV und DPG auf dem dünnen Eis der DGPT.“ *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse*, 2010: 1206-1242.
- . „Zum psychoanalytischen Verständnis der Reinszenierung von Geschichte in der Gegenwart.“ *Psychoanalytische Familientherapie*, 2006, 13. Ausg.
- . „Über die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen von den 20iger Jahren bis Mitscherlichs Bestandsaufnahme vom Herbst 1953.“ *Zusammenstellung für die DGPT-Geschichts-AG zum 24.01.2016 von Regine Lockot, Quellenauswertung von Hans Bergemann*. 2016, unveröffentlicht.
- Lorenzer, Alfred. *Sprachzerstörung und Rekonstruktion: Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp, 1970.
- Lott, Deborah A. *In Session. The Bond Between Women and Their Therapists*. New York: W.H.Freeman, 2000.
- Lück, Helmut E. „Geschichte der Psychologie.“ In *Dorsch - Lexikon der Psychologie*. 18. Aufl., von M.H. Wirtz. Bern: Hogrefe, 2019a.
- . „Geschichte der Psychologie. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*.“ 2019b. <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/gebiet/geschichte-der-psychologie/> (Zugriff am 6. 12. 19).
- . *Geschichte der Psychologie. Strömungen, Schulen, Entwicklungen (4. Aufl.)*. Stuttgart: Kohlhammer, 2009.
- Ludewig-Kedmi, Revital. *Täter und Opfer zugleich? Moraldilemmata jüdischer Funktionshäftlinge in der Shoah*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2001.
- Lühe, Sabine von der. *Fallanalyse und Selbstanalyse*. Frankfurt: Herchen, 1988.

- Lütz, Manfred. *Irre! Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen*. München: Penguin / Random House, 2018 (2009).
- Lutz, Wolfgang, Rebekka Neu, und Julian A. Rubel. *Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2019.
- Maaz, Hans-Joachim. „Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR.“ *European Journal of Mental Health*, 2011: 213-238.
- Mader, Est, Cora Schmechel, Kim Kawalska, und Alex Steinweg. *Gegendiagnose II. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie. Get well soon. Psycho\_Gesundheitspolitik im Kapitalismus, Band 2*. Münster: edition assemblage, 2019.
- Maio, Giovanni. *Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung*. Freiburg: Herder, 2015.
- . *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2.Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2017.
- . „Verstehen nach Schemata und Vorgaben?“ *Psychotherapeutenjournal*, 2011: 132-138.
- Maio, Giovanni. „Verstehen nach Zahlen? Warum die Psychotherapie durch Ökonomisierung fehlgeleitet wird.“ In *Neoliberale Identitäten*, von Bruder-Bezzel. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2016.
- Maio, Giovanni, und Volker Roelcke. *Medizin & Kultur. Ärztliches Denken und Handeln im Dialog zwischen Natur- und Geisteswissenschaften*. Stuttgart: Schattauer, 2001.
- Malich, Lisa. „The History of Psychological Psychotherapy in Germany. The Rise of Psychology in Mental Health Care and the Emergence of Clinical Psychology During the 20th Century.“ *Oxford Research Encyclopedia, Psychology*. 2020. <https://oxfordre.com/psychology> (Zugriff am 4. 9. 20).
- Margraf, Jürgen, und Silvia Schneider. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer, 2009.
- Marzillier, John. „The myth of evidence-based psychotherapy.“ *The Psychologist*, 2004, 17 Ausg.
- Mertens, Wolfgang. *Einführung in die psychoanalytische Therapie Bd 1*. Stuttgart: Kohlhammer, 1990.
- . „Wie psychoanalytisch ist die OPD (OPD-KJ)?“ *Kinderanalyse*, 2012: 171-193/198-202.
- . *Psychoanalyse. Geschichte und Methoden*. München: Beck, 1997.
- . *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen: Schlüsselbegriffe für Studium, Weiterbildung und Praxis*. 2.Aufl. Stuttgart: Kohlhammer/Urban, 2014.
- . „Einige Gedanken zur tiefenpsychologischen Supervision.“ *Psychotherapie*, 2016, 21 Ausg.: 31-50.
- Mettauer, Philipp. „Vergessen und Erinnern.“ *Lindauer Psychotherapiewochen*. 2010. <https://www.lptw.de/archiv/vortrag/2010/mettauer-die-geschichte-der-tagung-nach-quellen-und-zeitzeugen-lindauer-psychotherapiewochen2010.pdf>.
- Meyer's, Konversationslexikon 1905. *Psychologie*. 1908 (Band 16). <http://www.zeno.org/Meyers-1905/A/Psychologie?hl=psychologie> (Zugriff am 29. 2 2020).
- . *Psychotherapie*. 1908 (Band 16). <http://www.zeno.org/Meyers-1905/A/Psychotherapie?hl=psychotherapie> (Zugriff am 29. 2 2020).

- Mossakowski, Ariane. „Wer sind wir, das ppt?“ In *Siegfried Schubenz. Initiativen und Perspektiven.*, von Hauten, Nölle und Fenster. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020.
- Müller, Klaus E. *Schamanismus. Heiler, Geister, Rituale*. 2. Aufl. München: Beck, 2001.
- Müller-Braunschweig, Carl. „Psychoanalyse und Weltanschauung (1933).“ *Psyche*, 1983.
- Nawroth, Peter Paul. *Gebt der Medizin ihren Sinn zurück!*. Berlin: Springer, 2018.
- Neises, Mechthild, und Gerhard Schmid-Ott. *Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2007.
- Nienhaus, Friedrich. „Neue GOÄ - Ende der Privat-Adgo (I).“ *Deutsches Ärzteblatt*, 3. Dezemer 1982a.
- . „Neue GOÄ - Ende der Privat-Adgo (II).“ *Deutsches Ärzteblatt*, 10. Dezember 1982b.
- Nitschke, Bernd. „Psychoanalyse und Nationalsozialismus. Verbot oder Anpassung? Bruch oder Kontinuität?“ *phase 2 Nr. 41*, 2011.
- . „Wie die Fäden zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie gerissen sind.“ *Der lang erwartete Briefwechsel zwischen Sigmund Freud und Eugen Bleuler dokumentiert im Lichte sehr persönlicher Zeugnisse eine folgenreiche Episode der Wissenschaftsgeschichte*. 2016. <https://literaturkritik.de/id/19275> (Zugriff am 10. 11 2020).
- Nitzschke, Bernd. „Psychoanalyse als 'un'-politische Wissenschaft.“ *Zsch. psychosom. Med.*, 1991: 31-44.
- Nölle, Thomas. *Essays zur Psychotherapie 2: Die Seele heilen*. 2017a. <https://thomas-noelle.de/2-die-seele-heilen/> (Zugriff am 11. 1 2019).
- . *Essays zur Psychotherapie 2: Psychotherapie als soziale Praxis*. 2017b. <https://thomas-noelle.de/03-psychotherapie-als-soziale-praxis/> (Zugriff am 2019. 1. 11.).
- . „Essays zur Psychotherapie 6: Entwicklungsmodelle akademischer und psychodynamischer Psychologie.“ 2017c. <http://thomas-noelle.de/6-entwicklungsmodelle-psychodynamischer-und-akademischer-psychologie/> (Zugriff am 11. 1 2019).
- Nölle, Thomas. „Psychische Störung als Beziehungsgeschehen.“ In *Siegfried Schubenz. Initiativen und Perspektiven.*, von L. Hauten, T. Nölle und T. Fenster. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020.
- Norcross, John C. *Handbook of Ecclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1986.
- Norcross, John C., und Michael J. Lambert. „Psychotherapy Relationships That Work III.“ *Psychology*, 2018: 303-315.
- Norcross, John, und Bruce Wampold. „A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness.“ *Journal of Clinical Psychology*, 10 2018: 1-18.
- Orlinsky, David. „Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung.“ *Psychother Psych Med*, 2008, 9/10 Ausg.: 345-354.
- Peglau, Andreas. „Psychoanalyse und Individualpsychologie im Nationalsozialismus.“ In *Individualpsychologie in Berlin. Eine historische Spurensuche.*, von Almuth Brudder-Bezzel. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2014.



- . *Rechtsruck im 21. Jahrhundert. Wilhelm Reichs Massenpsychologie des Faschismus als Erklärungsansatz. 2. Aufl.* Berlin: NORA, 2017b.
- . *Unpolitische Wissenschaft? Wilhelm Reich und die Psychoanalyse im Nationalsozialismus. 3. Aufl. (1. Aufl. 2013).* Gießen: Psychosozial-Verlag, 2017a.
- Platon, und Rafael Ferber. *Apologie des Sokrates. Neu übersetzt und kommentiert von Rafael Ferber. 2. Aufl.* München: C.H.Beck, 2019.
- Pukrop, Ralf. „Warum es die "richtige" Diagnose nicht geben kann.“ In *Effizienz und Effektivität in der Psychotherapie*, von Sabine Trautmann-Voigt und Bernd Voigt, 131-144. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2020.
- Rabung, Sven, und Falk Leichsenring. „Evidenz für psychodynamische Langzeittherapie.“ *Psychotherapeut*, 2016, 61. Ausg.: 441-446.
- Raguse, Hartmut. „Freud-Pfister. Stationen einer unverbrüchlichen Freundschaft.“ In *Seelsorge und Psychoanalyse*, von Isabelle Noth und Christoph Morgenthaler. Stuttgart: Kohlhammer, 2007.
- Raphael, Lutz. *Geschichtswissenschaften im Zeitalter der Extreme.* München: Beck, 2010.
- Reich, Wilhelm. *Charakteranalyse.* Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1933b (1970).
- . *Die Massenpsychologie des Faschismus.* Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1933a (1971).
- Reimer, Christian, und Ulrich Rüger. *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. 4. Auflage.* Heidelberg: Springer, 2012.
- Revenstorf, Dirk. „Das Kuckucksei. Über das Pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung.“ *Psychotherapie*, 2005, 10. Ausg.
- Rief, Winfried, und Stefan Hofmann. „Die Psychoanalyse soll gerettet werden. Mit allen Mitteln?“ *Nervenarzt*, 2009: 593-597.
- Roelcke, Volker. „Psychotherapie in Westdeutschland nach 1945.“ *Psychotherapeut*, 2012: 103-112.
- Rosenzweig, Saul. „Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy.“ *American Journal of Orthopsychiatry*, 1936: 412-415.
- Rudolf, Gerd. „Psychoanalytisch oder psychodynamisch? Anmerkungen zu Wolfgang Mertens' OPD-Kritik.“ *Kinderanalyse*, 2012: 194-197.
- . *Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose.* Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1987(1977).
- . *Psychodynamisch denken - tiefenpsychologisch handeln. Praxis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauer, 2019.
- . *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. 2. Aufl.* Stuttgart: Schattauer, 2014 (2010).
- . *Psychotherapeutische Identität.* Göttingen: V&R, 2016.
- . *Strukturbezogene Psychotherapie (SP). Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 4. Aufl.* Stuttgart: Schattauer, 2020 (2004).

- Rudolf, Gerd. „Tiefenpsychologie I.“ In *Psychodynamische Konzepte*, von M. Cierpka und P. Buchheim. Berlin/Heidelberg: Springer, 2001.
- . „Psychoanalytische Denkweisen dürfen sich weiterentwickeln.“ *ZfJP*, 2019b: 44-50.
- Rudolf, Gerd, Thorsten Jakobsen, Roderich Hohage, und A. Schlösser. „Wie urteilen Psychotherapie-Gutachter?“ *Psychotherapeut*, 2002.
- Rudolf, Gerd, Ulrich Rüger, und Hans Henning Studdt. *Psychoanalyse der Gegenwart. Eine kritische Bestandsaufnahme 75 Jahre nach Gründung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft*. Göttingen: Verl.f.Med.Psychologie bei Vandenhoeck & Ruprecht, 1987.
- Rudolf, Gerd, und Peter Henningsen. *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 8.Aufl. (1. Aufl. 1993). 7.Aufl.* Stuttgart: Thieme, 2017.
- Rudolf, Gerd, und Thorsten Jakobsen. „Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien im Gutachterverfahren. Gutachterliche Stellungnahmen im Vergleich.“ *Forum Psychoanalyse*, 2002.
- Rudolf, Gerd, und Ulrich Rüger. „Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie.“ *Psychotherapeut*, 2001, 46 Ausg.: 216-219.
- . *Psychotherapie in sozialer Verantwortung. Annemarie Dührssen und die Entwicklung der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer, 2016.
- Rüger, Ulrich. „Anfänge der psychoanalytischen Therapie in Berlin 1900-1933: Karl Abraham und das Psychoanalytische Institut der 20er Jahre.“ In *Psychiater und Zeitgeist*, von Hanfried Helmchen, 239-255. Lengerich/Berlin: Pabst Science Publischers, 2008.
- Rüger, Ulrich. „Die Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung.“ In *Psychotherapie in sozialer Verantwortung*, von Gerd Rudolf und Ulrich Rüger. Stuttgart: Schattauer, 2016.
- . „Herkunft und Entwicklung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als psychoanalytisch begründetes Verfahren.“ *PDP-Die Psychodynamische Psychotherapie*, März 2020.
- . „Herkunft und Entwicklung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als psychoanalytisch begründetes Verfahren.“ *PDP-Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, 2020: 4-20.
- . „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.“ *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2002: 12-30.
- . „Franz-Rudolf Faber (1919-2010). Seine Bedeutung für die Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland.“ *Psychotherapeut*, 2010.
- . „Vierzig Jahre Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland.“ *Psychotherapeut*, 2007: 102-111.
- . „Wege der psychoanalytischen Therapie und das reine Gold der Psychoanalyse.“ *Zsch. psychosom. Med.*, 1993: 234-238.
- Rüger, Ulrich, Andreas Dahm, Michael Dieckmann, und Martin Neher. *Faber/Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 10.Auflage*. München: Elsevier, 2014.

- Rüger, Ulrich, Andreas Dahm, und Dieter Kallinke. *Faber/Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinie, 9.Auflage*. München: Elsevier, 2009.
- Rüger, Ulrich, und Karin Bell. „Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland.“ *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2004: 127-152.
- Russell, Bertrand. *Philosophie des Abendlandes*. Zürich: Europa Verlag, 2016 (1945).
- Sack, Martin. *Individualisierte Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Behandlungskonzept*. Stuttgart: Schattauer, 2019.
- Sasse, Heiner. *Zu den Risiken von verfahrensunspezifischer Anwendungsforschung in der Richtlinien-Psychotherapie und deren notwendige Verhinderung*. DGIP, 2012.
- Scharfetter, Christian. *Eugen Bleuler, 1857-1939: Polyphrenie und Schizophrenie*. Zürich: vdf Hochschulverlag, 2006.
- Schauenburg, Henning, et al. „Zur Entwicklung tiefenpsychologischer Ausbildungsinstitute.“ *Psychotherapeut*, 2019: 46-54.
- Schmechel, Cora, Fabian Dion, Kevin Dudek, und Mäks\* Roßmöller. *Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychologie*. Münster: edition assemblage, 2015.
- Schmuhl, Hans-Walther. *Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus*. Berlin/Heidelberg: Springer, 2016.
- Schneider, Wolfgang. „Ein akzentuierter Blick auf die Psychotherapie in der Psychiatrie.“ *PDP - Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.*, 2019: 76-87.
- Schönpflug, Wolfgang. *Geschichte und Systematik der Psychologie. 3. Aufl.* Weinheim/Basel: Beltz, 2013.
- Schönpflug, Wolfgang. „Ist das Ende der Psychologie gekommen?“ *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, März 2019.
- Schröter, Michael. „Volle Kraft voraus: Der 7. Internationale Psychoanalytische Kongreß in Berlin (25.–27. September 1922).“ *Psyche*, 2007: 412-437.
- . *Sigmund Freud und Eugen Bleuler: "Ich bin zuversichtlich, wir erobern bald die Psychiatrie." Briefwechsel 1904–1937.* . Basel: Schwabe, 2012.
- Schubenz, Siegfried. „Psychotherapie oder (Pädagogisch-)Psychologische Therapie.“ In *Siegfried Schubenz. Initiativen und Perspektiven.*, von L. Hauten, T. Nölle und T. Fenster. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020a.
- Schulte, Dietmar. „Der lange Weg zum Psychotherapeutengesetz.“ *Psychotherapie Aktuell*, 2019: 6-10.
- Schultz, Johannes Heinrich. „Vorschlag eines Diagnosen-Schemas.“ *Zentralblatt für Psychotherapie*, 1940.
- Schultz-Hencke, Harald. *Der gehemmte Mensch. Entwurf eines Lehrbuches der Neo-Psychoanalyse. Zweite, unveränderte Auflage (1.Aufl. 1940)*. Stuttgart: Thieme, 1947.
- . *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme, 1951.

- Schultz-Venrath, Ulrich. *Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2015.
- Schüßler, Gerhard. „Aktuelle Konzeption des Unbewußten - Empirische Ergebnisse der Neurobiologie, Kognitionswissenschaften, Sozialpsychologie und Emotionsforschung.“ *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, April 2002: 192-214.
- Scott, Michael J. „Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) - The Need For Radical Reform.“ *Journal of Health Psychology*, 2018: 1136-1147.
- Senf, Wolfgang, und Michael Broda. *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme, 1996.
- Sève, Lucien. *Die Welt ändern. Das Leben ändern. Marxismus und Theorie der Persönlichkeit*. Hamburg: Argument, 1969/2016.
- Shapiro, Arthur K., und Elaine Shapiro. *The Powerful Placebo. From Ancient Priest to Modern Physician*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
- Sommer, Marianne, Staffan Müller-Wille, und Carsten Reinhardt. *Handbuch Wissenschaftsgeschichte*. Stuttgart: Metzler, 2017.
- Sonnenmoser, Marion. „Psychotherapie in der DDR.“ *Deutsches Ärzteblatt PP*, 2009.
- Spitzer, Carsten, Annegret Boll-Klatt, und Sebastian Euler. „Stand und Zukunft der psychodynamischen Psychotherapie.“ *PDP - Psychodynamische Psychotherapie*, 2020.
- Sponsel, Rudolf (DAS). *Zeitlich geordnete Geschichte der Psychotherapie, Gesetze und Verordnungen in Deutschland mit einigen geschichtlichen und inhaltlichen Hintergrund-, Rahmen und Begleitdaten aus allgemeiner und integrativer (schulen- und methodenübergreifender) Perspektive*. IP-GIPT. 1998/2017. <http://www.sgipt.org/berpol/gesptvg0.htm>.
- Springer, Anne, Karsten Münch, und Dietrich Munz. *Psychoanalyse heute?! Tagungsband der 57. Jahrestagung der DGPT*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2007.
- Stavemann, Harlich H. *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung. Eine Anleitung für Psychotherapeuten, Berater und Seelsorger*. 3. Aufl. Weinheim Basel: Beltz, 2015.
- Steinert, Christiane, und Falk Leichsenring. *Psychodynamische Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Bambi ist gesund und munter*. Göttingen: V&R, 2017.
- Stekel, Wilhelm. *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*. Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg, 1908.
- . *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*. Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg, 1908.
- Storck, Timo. „Szenisches Verstehen.“ In *Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis*, von Gumz & Hörz-Sagstetter, 57-70. Weinheim: Beltz, 2018.
- Strauß, Bernhard, und Ulrike Willutzki. *Was wirkt in der Psychotherapie?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2018.
- Taysen, Caroline von. „Mein Ausstieg aus der "professionellen Neutralität".“ In *Gegendiagnose II.*, von E. Mader, C. Schmechel, K. Kawalska und A. Steinweg. Münster: edition assemblage, 2019.

- Tenbrink, Dieter. „Theoretische und praxeologische Aspekte der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.“ *Forum der Psychoanalyse*, 2002: 131-141.
- . „Die Theorie Adlers in der gegenwärtigen psychoanalytischen Landschaft.“ *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 2013: 22-28.
- Theilemann, Steffen. *Harald Schultz-Hencke und die Freideutsche Jugend*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2018.
- Thom, Achim, und Gennadij I. Caregorodcev. *Medizin unterm Hakenkreuz*. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, 1989.
- TK, Techniker Krankenkasse. „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie.“ *Abschlußbericht Modellvorhaben der TK nach §63 Abs(1) SGB V*. 2011.  
<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/1226/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf>.
- Trautmann-Voigt, Sabine, und Bernd Voigt. *Effizienz und effektivität in der Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2020.
- Tschuschke, Volker. „Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin.“ *Psychotherapeutenjournal*, 2005.
- Vogel, Heiner, und Jürgen Wasem. *Gesundheitsökonomie in Psychiatrie und Psychotherapie: Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung*. Stuttgart: Schattauer, 2004.
- Wampold, Bruce E., und Zac E. Imel. *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work. 2nd edition*. New York: Routledge, 2015.
- Wampold, Bruce E., Zac E. Imel, und Christoph Flückiger. *Die Psychotherapie-Debatte. was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe, 2018.
- WBP, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. *Ergänzung der Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie*. 2008.  
[\[http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.131.133\]](http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.131.133).
- . *Gutachten und Stellungnahmen zu Psychotherapieverfahren und -methoden*. o.D.  
<https://www.wbpsychotherapie.de/wir-ueber-uns/aufgaben/> (Zugriff am 10.. Januar 2020).
- . „Erläuterungen zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie.“ *Psychotherapeutenjournal*, 2018: 353-359.
- . *Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie*. 2004.  
[\[http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.131.132\]](http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.131.132).
- . *Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Version 2.8*. 2010.  
[https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/Methodenpapier28.pdf](https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/Methodenpapier28.pdf).
- Weinmann, Stefan. *Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 2019.
- Wendisch, Martin. „Entwicklungen, Fehlentwicklungen und Perspektiven in der Psychotherapie.“ *Psychotherapie im Dialog*, 2018.

- WHO, Weltgesundheitsorganisation. *ICD-11*. 2019. <https://icd.who.int/en>.
- Wiegand, Ronald. *Alfred Adler und danach. Individualpsychologie zwischen Weltanschauung und Wissenschaft*. München: Reinhardt, 1990.
- Wieser, Martin. *Psychologie im Nationalsozialismus. Beiträge zur Geschichte der Psychologie (herausgegeben von H.E.Lück und A.Stock). Band 32*. Berlin: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaft, 2020.
- Winkler, Walter Theodor. „50 Jahre AÄGP - ein Rückblick.“ *ZS Psychotherapeutische und medizinische Psychologie*, 1977, 27. Ausg.: 74-84.
- Winkler, Walter Theodor. „Zur historischen Entwicklung der Beziehungen zwischen Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland seit 1900 unter besonderer Berücksichtigung der Psychoanalyse.“ In *Psychotherapie in der Psychiatrie*, von H. Helmchen, M. Linden und U. Rüger, 11-25. Berlin, 1982.
- Wöller, Wolfgang, und Johannes Kruse. *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 5. Aufl.* Stuttgart: Schattauer, 2018.
- WR, Wissenschaftsrat. „Perspektiven der Psychologie in Deutschland.“ *Drucksache 68-25*. Köln, 26. 01 2018.
- Zevallos, Zuleyka. „Ring a Bell? Charles Murray and the Resurgence of Scientific Racism .“ 15. May 2017. <https://thehumanist.com/commentary/ring-bell-charles-murray-resurgence-scientific-racism>.